

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NOENATUS KURANG BULAN , SESUAI MASA  
KEHAMILAN DENGAN BAYI BERAT LAHIR SANGAT RENDAH (BBLSR)  
DI RUANG NICU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG  
TANGGAL 21 JUNI - 24 JUNI 2017**



**OLEH**

**ALFRIDA SARTIKA DALIMA  
NIM 142111004**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN  
STIKES CITRA HUSADA MANDIRI  
KUPANG**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN PADA NOENATUS KURANG BULAN, SESUAI MASA  
KEHAMILAN DENGAN BAYI BERAT LAHIR SANGAT RENDAH (BBLSR)  
DI RUANG NICU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG  
TANGGAL 21 JUNI - 24 JUNI 2017**

**Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan Memperoleh  
Gelar Ahli Madyah Kebidanan**



**OLEH**

**ALFRIDA SARTIKA DALIMA  
NIM 142111004**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN  
STIKES CITRA HUSADA MANDIRI  
KUPANG  
2017**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya menyatakan bahwa Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Kupang, Agustus 2017

Yang menyatakan



**Alfrida Sartika Dalima**  
**NIM 142111004**

## LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir ini dengan judul **“Asuhan Kebidanan Pada Noenatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan Dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BLSR) Di Ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang”**, telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama ALFRIDA SARTIKA DALIMA, NIM 142111004 Program studi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

Kupang, Agustus 2017

### Menyetujui

Pembimbing I



**Maria Magdalena Bait, SST, M. Kes**

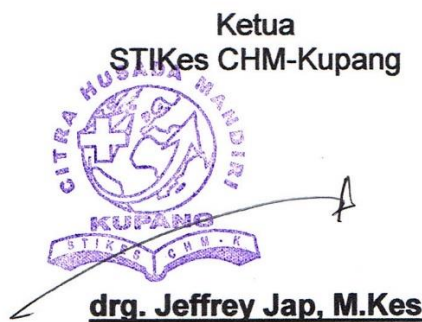
Pembimbing II



**Merry Verawati Seu, SST**

### Mengetahui

Ketua  
STIKes CHM-Kupang



**drg. Jeffrey Jap, M.Kes**

Ketua

Prodi D III Kebidanan



**Ummu Zakiah, SST, M. Keb**

## LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul "**Asuhan Kebidanan Pada Noenatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan Dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) Di Ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang**", telah disetujui dan diajukan dalam seminar Laporan Tugas Akhir Mahasiswa atas nama ALFRIDA SARTIKA DALIMA, NIM 142111004 Program studi DIII Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang, benar-benar telah diuji dan dipertahankan di depan tim penguji pada tanggal 11 Agustus 2017.

### TIM PENGUJI


Ketua : Appolonaris T. Berkanis, S.Kep., Ns., MH.Kes .....


Anggota :

1. Maria Magdalena Bait, SST, M. Kes .....

2. Merry A. Giri, S. Keb. Bd .....

Mengetahui,

Ketua  
STIKes CHM-Kupang  
  
drg. Jeffrey Jap, M.Kes

Ketua  
Prodi D-III Kebidanan  
  
Ummu Zakiah, SST., M.Keb

## **RIWAYAT PENDIDIKAN**

Nama : Alfrida Sartika Dalima

Tempat, tanggal lahir : Wongkol, 13 Desember 1996

Agama : Katolik

Alamat : Asrama Florence Nightingale (STIKes CHMK)

Riwayat Pendidikan :

1. SDK KACA Lembor- Manggarai Barat
2. SMPK IMMACULATA Ruteng-Manggarai
3. SMAK SANTU KLAUS Werang-Manggarai Barat
4. Sedang menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN

PERJUANGAN SELALU MEMBERIKAN HARAPAN  
DAN  
HARAPAN SELALU ADA BAGI MEREKA YANG  
SERING BERDOA DAN BEKERJA

*Karya tulis ilmiah ini kupersembahkan untuk*

- 1. Tuhan Yesus Kristus,*
- 2. kedua Orantua Bapak Fransiskus Nandi dan Mama Genoveva serta semua adik serta kakak tersayang,*
- 3. Para Dosen kebidanan STIKes CHMK*
- 4. Teman-Teman seperjuangan angkatan VII STIKes CHMK*

## ABSTRAK

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Citra Husada Mandiri Kupang  
Jurusan D III Kebidanan

**Studi kasus, Juli 2017**

Asuhan Kebidanan Pada Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan Dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) Di Ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang Tanggal 21 Juni - 24 Juni 2017

**Latar Belakang:** Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas dan disabilitas neonatus, bayi dan anak. Di Indonesia, setiap lima menit satu bayi di masa neonatal meninggal, Hampir sepertiganya 29% disebabkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) karena prematuritas, makin rendah masa gestasi, (Sudarti dan Fauziah, 2013). Menurut Pantiawati, (2010) Pada kasus Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), pencegahan atau preventif merupakan langkah yang penting. Salah satunya adalah meningkatkan pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali selama kurun kehamilan.

**Tujuan:** Untuk menerapkan asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan pada Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.

**Pembahasan:** Berdasarkan asuhan yang dilakukan dengan manajemen kebidanan, dari pengumpulan data dasar sampai evaluasi, yaitu jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi bayi, observasi tanda-tanda vital bayi, observasi tanda –tanda infeksi pada bayi, rawat bayi dengan teknik aseptik, pertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal yaitu 36,5-37,5° C, timbang berat badan setiap hari dalam waktu yang sama, lakukan tindakan kolaborasi dengan dokter untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.

**Kesimpulan:** Berdasarkan hasil asuhan yang diberikan pada bayi Ny. I Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah, telah diterapkan asuhan kebidanan dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan yaitu pengkajian, analisa masalah dan diagnosa,antisipasi masalah potensial, tindakan segera, intervensi, implementasi dan evaluasi.

**Kata Kunci:** NKB, SMK, BBLSR



## KATA PENGANTAR

Pujidan syukur, penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini dengan judul. “Asuhan Kebidanan Pada Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan Dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) Di Ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang”.

Dalam penulisan laporan ini, penulis tidak berjalan sendiri tetapi dengan dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada Maria Magdalena Bait, SST, M. Kes, selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan tenaga untuk membimbing penulis dalam penyusunan laporan tugas akhir ini; dan Merry Verawati Seu, SST selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu, pikiran dan tenaga bagi penulis dalam menyusun laporan tugas akhir ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ir. Abraham Paul Liyanto selaku pembina Yayasan Citra Bina Insan Mandiri yang telah mendirikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang dan telah memperkenalkan penulis untuk menimba ilmu di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.
2. drg. Jeffrey Jap, M. Kes, selaku ketua STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan.
3. Ummu Zakiah, SST,M.Kes, selaku ketua program Studi D III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang yang telah

memberikan kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan masa pendidikan D-III Kebidanan di STIKes Citra Husada Mandiri Kupang.

4. Para dosen prodi D-III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah banyak memberikan bimbingan dan memberikan ilmu kepada penulis dalam mengikuti pendidikan.
5. Kedua orangtuaku bapak Fransiskus Nandi dan mama Genoveva Damon dan adik-kakak serta semua keluarga yang telah banyak memberikan dukungan kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas ini.
6. Sehabat-sehabat seperjuangan Kebidanan A angkatan VII yang telah mendukung penulis dalam menyelesaikan laporan tugas akhir ini.
7. Teman-teman seperjuangan Prodi D III Kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang yang telah banyak memberikan dukungan dan berjuang bersama penulis dalam menyelesaikan laporan tugas akhir ini;

Semoga Tuhan membalas semua budi baik semua pihak yang telah berpartisipasi dan memberikan dukungan bagi penulis dalam menyelesaikan laporan tugas akhir ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan laporan tugas akhir ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu demi menyempurnakan penulisan selanjutnya, penulis mengharapkan saran dan tanggapan yang membangun dari berbagai pihak demi kesempurnaan laporan tugas akhir ini. Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih.

Kupang, Agustus 2017

Alfrida Sartika Dalima

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL LUAR .....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
SURAT PERNYATAAN .....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN TIM PENGUJI .....	v
BIODATA PENULIS.....	vi
MOTTO DAN PERSEMBAHAN .....	vii
ABSTRAK.....	viii
KATA PENGANTAR .....	ix
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR ISTILAH.....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	3
1.3. Tujuan Penulisan .....	4
1.4. Manfaat Penulisan .....	5
1.5. Sistematika Penulisan .....	6
<b>BAB II TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>7</b>
2.1. Dasar Teori Bayi Baru Lahir.....	7
2.2. Dasar Teori Bayi Berat Lahir Rendah.....	25

2.3. Manajemen Kebidanan .....	56
2.4. Dasar Teori Asuhan Kebidanan Dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir dengan BBLR .....	61
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	68
3.1. Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian.....	68
3.2 Kerangka Kerja .....	68
3.3 Populasi, Sampel dan Sampling .....	70
3.4. Lokasi dan waktu Penelitian.....	70
3.5. Etika Penelitian .....	70
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN</b> .....	73
4.1. Hasil Penelitian .....	73
4.2. Pembahasan.....	84
<b>BAB V PENITUP</b> .....	92
5.1 Simpulan.....	92
5.2. Saran .....	95
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

## DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
<b>Tabel 2.1</b>	Refleks bayi Baru Lahir.....	15
<b>Tabel 2.2</b>	Pengukuran suhu tubuh .....	23
<b>Tabel 2.3</b>	Cara Menghangatkan Bayi .....	23
<b>Tabel 2.4</b>	jumlah cairan IV dan ASI bayi sakit 1750-2500 gram.....	43
<b>Tabel 2.5</b>	Jumlah cairan IV dan ASI bayi sehat 1500-1749 gram.....	44
<b>Tabel 2.6</b>	Jumlah cairan IV dan ASI bayi sakit 1500-1749 gram.....	45
<b>Tabel 2.7</b>	Jumlah cairan IV dan ASI bayi sehat 1250-1499 gram.....	46
<b>Tabel 2. 8</b>	Jumlah cairan IV dan ASI bayi sakit 1250-1499 gram.....	46
<b>Tabel 2.9</b>	Jumlah cairan IV dan ASI bayi BBL<2500 gram .....	47

## DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
<b>Gambar 2.1</b>	Manajemen bayi baru lahir.....	21
<b>Gambar 2.2</b>	<i>Kurva Lubchenco</i> .....	31
<b>Gambar 2.3</b>	Ciri kematangan fisik menurut Ballard.....	33
<b>Gambar 2.4</b>	Bagan ciri kematangan neuromuskular .....	34
<b>Gambar 3.1</b>	Kerangka kerja dalam penelitian.....	69

## DAFTAR ISTILAH

<i>Abdomen</i>	: Bagian antara dada dengan panggul. Bagian yang berisi banyak organ penting yang mencakup esophagus bagian bawah, lambung, intestinum, hepar, limpa, pankreas, organ viseria lainnya, pembuluh darah, saraf, dan saluran limfe.
<i>Abduksi</i>	: Pergerakan yang menjauhi garis tengah tubuh
<i>Adduksi</i>	: Tindakan menggerakkan ekstremitas ke arah garis tengah tubuh
<i>Anamnesis,</i>	: Riwayat orang sakit dan penyakitnya pada masa lalu, atau mengenai sejarah suatu penyakit sampai ke titik dimana catatan itu diambil agar dapat ditegakkan diagnosa yang tepat untuk kepentingan terapi
<i>Anemia</i>	: Kekurangan kadar hemoglobin dalam darah
<i>Antepartum</i>	: Sebelum persalinan, dalam obstetrik, istilah ini dipakai untuk berbagai kejadian dalam trimester ketiga kehamilan
<i>Apatis,</i>	: Tidak adanya perasaan atau emosi, sikap masa bodoh, mungkin merupakan suatu gejala dari kondisi patologis.
<i>Aplasia</i>	: Perkembangan yang kurang sempurna pada jaringan, alat atau organ tubuh
<i>Apnea</i>	: Terhentinya napas secara tiba-tiba
<i>Pankreas</i>	: Kelenjar ludah perut
<i>Intermiten</i>	: Terjadi secara berkala setelah interval tertentu, hilang-timbul
<i>Arteri</i>	: Pembuluh darah yang mengalirkan darah dari jantung ke seluruh jaringan tubuh, nadi
<i>Arteri pulmonalis</i>	: Arteri yang mengangkut darah tanpa oksigen dari jantung ke paru-paru
<i>Asetabulum</i>	: Cekungan yang berbentuk mangkok pada tulang panggul
<i>Asidosis</i>	: Keadaan patologik akibat penimbunan asam atau kehilangan alkali dalam tubuh

<i>Asimetris</i>	: Berkurangnya persamaan bentuk organ atau bagian tubuh pada setiap sisinya
<i>Atresia</i>	: Keadaan tidak adanya lubang di tempat yang biasanya harus ada lubang karena kelainan pembawaan sejak lahir atau kelainan pada organ tubuh manusia
<i>Auskultasi</i>	: Tindakan mendengarkan suara bagian dalam tubuh untuk suatu diagnosis, biasanya dengan stetoskop
<i>Bilateral</i>	: Terjadi pada dua sisi
<i>Bilirubin</i>	: Pigmen empedu, hasil perombakan hemoglobin sel darah oleh sel-sel retikuloendotel
<i>Bradikardi</i>	: Penurunan detak jantung secara drastis sehingga diikuti oleh denyut nadi yang lambat
<i>Brown fat</i>	: Suatu tipe jaringan adipose yang khusus dan terutama terlihat pada bayi baru lahir. Lemak cokelat mudah dimetabolisasi untuk menghasilkan energi
<i>Candida</i>	: Jenus jamur yang patogen
<i>Caput succedaneum</i>	: Pembengkakan yang berisi cairan yang terdapat pada kepala bayi yang disebabkan oleh penekanan pada saat bayi tersebut dilahirkan
<i>Cephal haematoma</i>	: Perdarahan subperiosteal pada kepala bayi yang biasanya disebabkan oleh tekanan selama persalinan yang lama. Cephalhaematoma akan diserap secara berangsur-angsur.
<i>Composmentis</i>	: Pikiran yang sadar dan sehat
<i>Defekasi</i>	: Buang air besar (feses)
<i>Defisiensi</i>	: Kekurangan
<i>Defisit</i>	: Kekurangan
<i>Dehidrasi</i>	: Kehilangan cairan dalam tubuh
<i>Depresi</i>	: Penurunan daya atau aktivitas. Kasus psikiatri berupa sikap emosi
<i>Diabetes melitus</i>	: Penyakit kencing manis atau gula



<i>Diatetik</i>	: Kerentanan yang berkenan dengan diatesis yaitu keadaan kerentanan atau predisposisi terhadap penyakit tertentu yang tidak lazim
<i>Dislokasi</i>	: Peregeseran permukaan artikularis tulang pada sebuah sendi
<i>Distensi</i>	: Keadaan membengkak dan mengembang
<i>Drainase</i>	: Saluran
<i>Ductus arteriosus</i>	: Pembuluh darah yang menghubungkan arteri pulmonalis kiri dengan aorta untuk memintas paru-paru pada sirkulasi fetal
<i>Ekstensi</i>	: Gerakan yang menjauhkan ujung-ujung sesuatu alat atau bagian tubuh
<i>Ekstremitas</i>	: Anggota badan, seperti lengan dan tungkai
<i>Ekstrusi</i>	: Dalam kedokteran gigi berarti kondisi sebuah gigi yang telah ke luar atau sedikit keluar dari soketnya
<i>Enteral</i>	: Dalam usus
<i>Estrogen</i>	: Hormon seks yang dihasilkan terutama oleh indungtelur yang berfungsi untuk merangsang munculnya tanda-tanda kelamin sekunder pada wanita
<i>Evaporasi</i>	: Penguapan,
<i>Femoralis</i>	: Yang mengenai tulang paha
<i>Feses</i>	: Tinja
<i>Fleksi</i>	: Tindakan membengkokkan atau keadaan dibengkokkan
<i>Fontanel</i>	: Celah berselaput pada puncak depan kranium bayi yang belum tertutup; ubun-ubun
<i>Fraktur</i>	: Pecahan atau ruptur pada tulang
<i>Gestasi</i>	: Kehamilan (hal dimasukkannya embrio ke dalam uterus)
<i>Glomerulonefritis</i>	: Nefritis dengan peradangan lengkung kapiler dalam glomerulus ginjal
<i>Hematokrit</i>	: Volume sel darah merah dalam darah, dinyatakan sebagai persentasi dari total volume darah

<i>Hepar.</i>	: Hati
<i>Hidramnion</i>	: Kondisi yang ditandai dengan banyaknya air ketuban yang berlebihan dalam rongga amnion
<i>Hidrosefalus</i>	: Terdapatnya jumlah cairan yang berlebihan dalam tengkorak yang mengakibatkan pembengkakan yang abnormal dari kepala dan kemampuan otak yang terbatas.
<i>Hipoglikemia</i>	: Penurunan melampaui kadar normal kadar glukosa dalam darah yang disebabkan oleh stimulasi, koma, ansietas.
<i>Hipokalsemia</i>	: Rendahnya kadar kalsium dalam darah
<i>Hipoksemia</i>	: Berkurangnya atau penurunan kadar oksigen dalam darah arterial
<i>hipoksia</i>	: Penurunan kadar oksigen dalam jaringan
<i>hipospadia</i>	: Kesalahan letak kongenital pada uretra laki-laki, dimana muara uretra terletak dibawah permukaan zakar
<i>hipotermi</i>	: Keadaan suhu badan yang ekstrem rendah
<i>ikterus</i>	: Suatu kondisi yang ditandai oleh kenaikan kadar bilirubin dalam darah, biasanya mulai tampak apabila kadar bilirubin serum lebih dari 3 mg%, dengan gejala pada kulit, sklera dan membran mukosa yang kuning.
<i>Inspeksi</i>	: Pemeriksaan tubuh atau bagiannya dengan saksama
<i>Interkostal</i>	: Diantara tulang iga
<i>Intrakranial)</i>	: Didalam tulang tengkorak, khususnya yang mengenai otak
<i>Intrauterine,</i>	: Didalam rahim
<i>Intravena</i>	: Di atau ke dalam vena (terutama mengenai obat yang disuntikkan)
<i>Jaundis</i>	: Perubahan warna kulit, sklera dan mukosa yang menjadi kuning akibat peningkatan kadar bilirubin serum
<i>Kaput</i>	: Oedema yang terjadi didalam dan dibawah kulit kepala

<i>suksedanum</i>	fetus selama proses kelahiran
<i>Koma</i>	: Keadaan tidak sadar sama sekali dan tidak mampu memberi reaksi terhadap suatu rangsangan (stimulus), karena keracunan, sakit parah, dan lainnya
<i>Kongenital</i>	: Terdapat (dibawa) sejak lahir (perihal kelainan atau cacat)
<i>Kronis</i>	: Berlangsung lama (hal penyakit)
<i>Labia</i>	: Berbentuk bibir, sering digunakan untuk menyebut bagian terluar alat vital perempuan
<i>Lanugo</i>	: Bulu halus pada anak yang baru lahir
<i>Laringoskopi</i>	: Hal memeriksa atau mengamati pangkal tenggorokan atau laring dengan menggunakan laringoskop
<i>Letargi</i>	: Keadaan lemah badan yang tak wajar, dengan perasaan ngantuk yang tidak normal
<i>Mekonium</i>	: Feses yang berwarna hitam kehijauan yang pertama kali keluar dari dubur bayi yang baru lahir.
<i>Metabolisme</i>	: Keseluruhan reaksi kimia dan fisika yang terdapat dalam suatu sistem hidup (organisme), yang mungkin, sel, jaringan dan organ.
<i>Milia</i>	: Kista epidermis yang kecil dan berwarna putih pada wajah dan leher. Milia terjadi akibat obstruksi saluran kelenjar sebacea
<i>Mukus</i>	: Cairan berupa lendir yang diproduksi oleh kelenjar mukosa, menutupi seluruh lendir (membran mukosa) itu sendiri.
<i>Murmur</i>	: Suara abnormal yang terdengar dengan auskultasi seperti pada penyakit katup jantung
<i>Neuromuskular</i>	: Berkenaan dengan saraf dan otot
<i>Palatum</i>	: Langit-langit mulut
<i>Palpasi</i>	: Pemeriksaan dengan cara perabaan
<i>Paritas</i>	: Keadaan kelahiran
<i>Patologis</i>	: Keadaan sakit
<i>Penis</i>	: Organ pria untuk urinasi dan kopulasi

<i>Periosteum</i>	: Membran fibrosa yang ulet yang membungkus tulang
<i>polidaktil</i>	: Keadaan terapatnya jari kaki dan tangan tambahan
<i>posterior</i>	: Terletak di bagian belakang tubuh, seperti punggung
<i>prematur</i>	: Sebelum waktunya (lahirnya bayi sebelum atau jauh sebelum bulannya, umumnya ditujukan untuk usia kehamilan atau janin baru berusia 24 minggu tapi belum melampaui 37 minggu)
<i>Prevalensi</i>	: Jumlah kasus penyakit atau penderita penyakit tertentu di suatu wilayah dalam kurun waktu tertentu
<i>Radiasi</i>	: Energi yang bergerak dalam bentuk gelombang elektromagnetik atau foton (termasuk sinar x), laser/ sinar inframerah dan ultraviolet
<i>Resistensi</i>	: Ketahanan tubuh terhadap serangan penyakit (keresistenan)
<i>Resusitasi</i>	: Upaya menyadarkan atau membangkitkan kembali potensi hidup
<i>Retardasi</i>	: Keadaan lambannya pertumbuhan atau perkembangan (baik fisik atau mental/inteligensi)
<i>Retraksi</i>	: Penarikan kembali ke belakang dari posisinya yang normal (seperti rahang, dan sebagainya)
<i>Sefalhematoma</i>	: Akumulasi darah dalam jaringan subperiosteum kulit kepala yang dibatasi oleh garis sutura
<i>Serviks</i>	: Leher
<i>Sianosis</i>	: Kebiruan (lebam) yang terjadi pada bibir dan selaput mata, diakibatkan oleh penyusutan hemoglobin dalam darah kapiler (warna kebiruan pada kulit yang disebabkan tidak cukupnya oksidasi pada darah)
<i>perioral</i>	: Disekeliling mulut
<i>Simetris</i>	: Sama atau seimbang (lebar, ukuran, bentuk dan lainnya) antara dua sisi atau bagian (seperti kedua sisi badan, misalnya kedua bahu, susu, wajah, hidung, dan lainnnnya)
<i>Sirkulasi</i>	: Peredaran

<i>Skrotum</i>	: Kantung bunga pelir
<i>Sternal</i>	: Berkenan dengan sternum (tulang dada)
<i>drainase</i>	: Saluran; penarikan energi saraf dari suatu pusat saraf atau daerah saraf, oleh kegiatan di tempat lain pada suatu pusat atau daerah yang berhubungan.
<i>Sternum</i>	: Tulang dada
<i>Stimulus</i>	: Substansi atau agen atau impuls yang menyebabkan timbulnya reaksi fungsional, atau setiap perubahan yang merangsang reseptor untuk menjadi aktif
<i>Substernal</i>	: Terletak dibawah sternum
<i>Sagital</i>	: Berbentuk seperti busur, sebutan untuk bidang atau potongan anteroposterior yang sejajar dengan bidang median tubuh
<i>Anterior</i>	: Yang terletak di depan atau bagian depan (lawan dari posterior)
<i>Testis</i>	: Kelenjar kemaluan yang memproduksi sel-sel kelamin jantan
<i>Tremor,</i>	: Keadaan bergetarnya otot-otot secara cepat dan tidak terkontrol (diluar kemauan), seperti disebabkan oleh ketegangan emosional, atau oleh kondisi-kondisi patologi (terutama luka-luka pada otak besara atau simpul saraf (dasar)
<i>Trombositopenia</i>	: Keadaan berkurangnya atau menurunnya jumlah trombosit dalam darah. Kondisi ini dapat menyebabkan timbulnya benjolan atau gelembung darah (hematom) spontan dan bila mengalami cedera akan menyebabkan perdarahan yang terus menerus.
<i>Idiopatik.</i>	: Timbul sendiri, terjadi tanpa diketahui penyebabnya
<i>Uretra.</i>	: Saluran kemih dari kandung kemih ke luar tubuh
<i>Uterus,</i>	: Organ dalam yang merupakan tempat dimana mudigah berkembang; rahim
<i>Venix caseosa</i>	: Substansi berminyak terdiri dari sebum dan sel epitel yang mengelupas yang menutupikulit janin

## DAFTAR SINGKATAN

AC	:	Air Conditioner
AKB	:	Angka Kematian Bayi
AKN	:	Angka Kematian Neonatal
ANC	:	Antenatal Care
ASI	:	Ais Susu Ibu
BB	:	Berat Badan
BBLR	:	Bayi Berat Lahir Rendah
BBLSR	:	Bayi Berat Lahir Sangat Rendah
BMK	:	Besar Masa Kehamilan
cm	:	Centi meter
CO <sub>2</sub>	:	Karbondioksida
IV	:	Intravena
KB	:	Kurang Bulan
KMC	:	Kangaroo Mother Care
KMK	:	Kecil Masa Kehamilan
LK	:	Lingkar Kepala
mg	:	Mili Gram
NTT	:	Nusa Tenggara Timur
Ny	:	Nyonya
O <sub>2</sub>	:	Oksigen
PB	:	Panjang Badan
RS	:	Rumah Salit

RSUD	:	Rumah Sakit Umum Daerah
SDKI	:	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesi
<i>SFD</i>	:	Small For Date
<i>SGA</i>	:	Small For Gestational Age
SMA	:	Sekolah Menengah Atas
SMK	:	Sesuai Masa Kehamilan
SMP	:	Sekolah Menengah Pertama
SSP	:	Sistem Saraf Pusat
WITA	:	Waktu indonesia Tengah

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Surat Pengantar Studi Kasus .....	97
Lampiran 2 Surat Selesai Studi Kasus .....	98
Lampiran 3 Lembar permintaan menjadi responden .....	99
Lampiran 4 Lembar persetujuan menjadi responden .....	100
Lampiran 5 Askeb .....	101
Lampiran 6 Lembar Konsultasi .....	118



### **1.1 Latar Belakang**

Kematian neonatal memberi kontribusi terhadap 59% kematian bayi. Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012, Angka Kematian Neonatus (AKN) pada tahun 2012 sebesar 19 per 1000 kelahiran hidup. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) termasuk faktor utama dalam peningkatan mortalitas, morbiditas dan disabilitas neonatus, bayi dan anak, (Profil Kesehatan Indonesia 2014). Di Indonesia, setiap lima menit satu bayi di masa neonatal meninggal karena berbagai sebab. Hampir sepertiganya 29% disebabkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) karena prematuritas, makin rendah masa gestasi dan makin tinggi angka kematian bayi, (Sudarti dan Fauziah, 2013).

Prevalensi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) diperkirakan 15% dari seluruh kelahiran di dunia dengan batasan 33% sampai 38% dan lebih sering terjadi di negara-negara berkembang atau sosial ekonomi rendah. Secara statistik menunjukkan 90% kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) didapatkan di negara-negara berkembang dan angka kematiannya 35 kali lebih tinggi dibandingkan pada bayi dengan berat lahir lebih dari 2500 gram. Angka kejadian di Indonesia sangat bervariasi antara satu daerah dengan daerah lain, yaitu berkisar antara 9% sampai 30%, hasil studi di 7 daerah multicenter diperoleh angka Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dengan rentang 2,1% sampai 17,2%. Secara nasional, berdasarkan analisa lanjut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), angka Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) sekitar 7,5%. Angka ini

lebih besar dari target Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) yang ditetapkan pada sasaran program perbaikan gizi menuju Indonesia Sehat 2010 yakni maksimal 7%, (Pantiawati, 2010).

Hasil Riskesdes tahun 2013, menyatakan bahwa persentase balita (0 sampai 59 bulan) dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), sebesar 10,2%. Persentase Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) tertinggi terdapat di propinsi Sulawesi Tengah (16,8%) dan terendah di Sumatra Utara. Masalah Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) terutama pada kelahiran prematur terjadi karena ketidakmatangan sistem organ pada bayi tersebut, (Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014). Di Propinsi Nusa Tenggara Timur (NTT), berdasarkan hasil Laporan Profil Kesehatan Kabupaten/ Kota di Nusa Tenggara Timur tahun 2013, jumlah bayi dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) sebesar 4.457 sedangkan pada tahun 2014 menjadi sebesar 3.830 (5,1%), berarti terjadi penurunan. Berdasarkan hasil yang ada, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) tertinggi terdapat di kabupaten Nagekeo sebesar 10,5% sedangkan yang terendah di Kabupaten Alor yaitu sebesar 0,1%, (Profil Kesehatan NTT 2014). Sedangkan Laporan Profil kesehatan kota Kupang tahun 2015 menunjukkan bahwa Angka Kematian Bayi (AKB) di kota Kupang pada tahun 2015 sebesar 3,88 per 1000 kelahiran hidup. Angka ini menunjukkan adanya peningkatan Angka Kematian Bayi (AKB) bila dibandingkan dengan Angka Kematian Bayi (AKB) pada tahun 2014. Selain itu, pada tahun 2015, dari data yang dikumpulkan bidang kesehatan keluarga terdapat 32 kasus kematian bayi dari 8252 kelahiran hidup, sedangkan untuk kasus lahir mati, berjumlah 39 kasus kematian. Kasus kematian yang dikategorikan lahir mati adalah kelahiran seorang bayi dari kandungan yang berumur paling sedikit 2 minggu tanpa menunjukkan tanda-tanda kehidupan. Ada

banyak faktor yang mempengaruhi Angka Kematian Bayi (AKB) tetapi tidak mudah untuk menentukan faktor yang paling dominan dan faktor yang kurang dominan. Untuk penyebab kematian bayi sendiri sebagian besar masih didominasi oleh berat badan lahir rendah dan asfiksia. Berdasarkan data yang didapat di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang periode April 2016 sampai dengan Maret 2017, jumlah bayi yang lahir dengan pertumbuhan janin terhambat, malnutrisi janin dan gangguan yang berhubungan dengan kehamilan dan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dari kelompok umur 0 sampai kurang dari 1 tahun berjumlah 228 bayi.

Menurut Pantiawati, (2010) pada kasus Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), pencegahan atau preventif merupakan langkah yang penting. Salah satunya adalah meningkatkan pemeriksaan kehamilan minimal 4 kali selama kurun kehamilan dan dimulai sejak umur kehamilan muda. Ibu hamil yang diduga beresiko terutama faktor resiko yang mengarah melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) harus cepat dilaporkan, dipantau dan dirujuk pada institusi kesehatanyang lebih mampu. Berdasarkan hal tersebut di atas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan dengan pendekatan manajemen kebidanan pada kasus Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) pada pasien bayi Ny. I di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis merumuskan masalah “Bagaimanakah Asuhan Kebidanan Dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan Pada Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang ?

### **1.3 Tujuan Penulisan**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk menerapkan asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan pada Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Melakukan pengkajian data yang terdiri dari data subyektif dan data obyektif pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah secara komperhensif melalui pendekatan manajemen kebidanan di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.
2. Menginterpretasikan data untuk menentukan diagnosa atau masalah pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah melalui pendekatan manajemen kebidanan di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.
3. Mengidentifikasi masalah potensial pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah melalui pendekatan manajemen kebidanan di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.
4. Melakukan tindakan segera pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah untuk mencegah masalah potensial kebidanan di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.
5. Merencanakan asuhan kebidanan pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah melalui pendekatan manajemen kebidanan di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.

6. Melaksanakan asuhan kebidanan yang telah direncanakan pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.
7. Mengevaluasi tindakan yang telah diberikan pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang.

#### **1.4 Manfaat Penulisan**

##### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Sebagai pedoman dalam memberikan asuhan pada bayi baru lahir, khususnya dalam memberikan asuhan pada Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah.

##### **1.4.2 Manfaat Praktis**

###### **1. Bagi Penulis**

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan asuhan kebidanan pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah dan sebagai pengalaman bagi penulis dalam menerapkan asuhan kebidanan pada bayi baru lahir sangat rendah dengan menerapkan pendekatan manajemen kebidanan

###### **2. Bagi Institusi**

Dapat dijadikan sebagai referensi perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Citra Husada Mandiri Kupang, dalam memberikan asuhan kebidanan khususnya dalam memberikan asuhan kebidanan pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah.

### 3. Bagi Profesi

Hasil penulisan dapat digunakan sebagai pedoman oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan, khususnya dalam memberikan asuhan kebidanan pada bayi dengan berat badan lahir sangat rendah.

#### 1.5 Sistematika Penulisan

**BAB I PENDAHULUAN** 1.1 Latar Belakang, 1.2 Rumusan Masalah, 1.3 Tujuan Penulisan, 1.4 Manfaat Penulisan, 1.5 Sistematika penulisan.

**BAB II TINJAUAN TEORITIS** 2.1 Dasar Teori Bayi Baru Lahir, 2.2 Dasar Teori Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), 2.3 Manajemen Kebidanan, 2.4 Dasar Teori Asuhan Kebidanan Dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR).

**BAB III METODE PENELITIAN** 3.1 Desain Penelitian, 3.2 Kerangka Kerja, 3.3 Populasi, sampel dan Sampling, 3.4 Tempat dan waktu penelitian, 3.5 Etika Penelitian.

**BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN** 4.1 Hasil Penelitian, 4.2 Pembahasan

**BAB V PENUTUP** 5.1 Simpulan, 5.2 Saran

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Dasar Teori Bayi Baru Lahir**

##### **2.1.1 Pengertian Bayi Baru Lahir**

Menurut Kristiyanasari (2010), bayi baru lahir normal adalah bayi yang lahir dari kehamilan 37 minggu sampai 42 minggu dan berat badan lahir 2500 gram sampai dengan 4000 gram.

Menurut Marmi dan Rahardjo (2012), bayi baru lahir (neonatus) adalah bayi yang baru mengalami proses kelahiran, berusia 0 sampai 28 hari. Masa neonatus terdiri atas neonatus dini usia 0 sampai 7 hari dan neonatus lanjut usia 7 sampai 28 hari, sedangkan bayi merupakan manusia yang baru lahir sampai umur 12 bulan, namun tidak ada batasan yang pasti. Menurut psikologi, bayi adalah periode perkembangan yang merentang dari kelahiran hingga 18 atau 24 bulan. Pada masa ini, manusia sangat lucu dan menggemaskan, tetapi juga rentan terhadap kematian.

Klasifikasi neonatus menurut masa gestasi, antara lain:

1. Kehamilan cukup bulan (term atau aterm): masa gestasi 37-42 minggu (259-294 hari) lengkap.
2. Kehamilan kurang bulan (preterm): masa gestasi kurang dari 37 minggu (259 hari).
3. Kehamilan lewat bulan (postterm): masa gestasi lebih dari 42 minggu (294 hari).

Klasifikasi neonatus menurut berat lahir, antara lain:

1. Berat lahir rendah : kurang dari 2500 gram
2. Berat lahir cukup : antara 2500 sampai 4000 gram
3. Berat lahir lebih : lebih dari 4000 gram

Klasifikasi menurut berat lahir terhadap masa gestasi dideskripsikan masa gestasi dan ukuran berat lahir yang sesuai untuk masa kehamilannya:

1. Neonatus cukup/ kurang/ lebih bulan : (NCB/NKB/NLB)
2. Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan: (SMK/KMK/BMK)

### **2.1.2 Ciri-Ciri Bayi Normal**

Menurut Kristiyanasari (2010), ciri-ciri bayi normal antara lain:

1. Berat badan lahir 2500 sampai 4000 gram
2. Panjang badan lahir 48 sampai 52 cm
3. Lingkar dada 30 sampai 38 cm
4. Lingkar kepala 33 sampai 35 cm
5. Bunyi jantung dalam menit-menit pertama kira-kira 180 kali per menit, kemudian menurun 120 sampai 140 kali per menit
6. Pernapasan pada menit-menit pertama cepat kira-kira 80 kali per menit, kemudian menurun setelah tenang kira-kira 40 kali per menit
7. Kulit kemerah-merahan dan licin karena jaringan subkutan cukup terbentuk dan diliputi vernix caseosa
8. Rambut lanugo telah tidak terlihat, rambut kepala biasanya telah sempurna
9. Kuku telah agak panjang dan lemas
10. Genitalia: labia mayora sudah menutupi labia minora (pada perempuan), testis sudah turun (pada laki-laki)



11. Refleks hisap dan menelan sudah terbentuk dengan baik
12. Refleks moro sudah baik, bayi bila dikagetkan akan memperlihatkan gerakan seperti memeluk
13. Graff refleks sudah baik, apabila diletakkan suatu benda di atas telapak tangan, bayi akan menggenggam/adanya gerakan refleks
14. Eliminasi baik, urin dan mekonium akan keluar dalam 24 jam pertama, mekonium berwarna hitam kecokelatan.

Menurut Ladewig, dkk (2006), Pengkajian pada bayi baru lahir, antara lain :

#### 1. Pengkajian Fisik

Biasanya lebih mudah melakukannya dari arah kepala ke kaki, namun perlu untuk mengkaji suhu aksila, frekwensi nadi apikal dan frekwensi pernapasan saat bayi tenang.

- a. **Kepala.** Palpasi dan pantau fontanel. Fontanel depan paling lebar dan berbentuk wajik. Fontanel belakang berbentuk segitiga. Sutura sagital (terletak pada bagian paling atas kepala, dari depan ke belakang) merupakan area yang lembut dan tanpa hubungan. Variasi yang umum: penonjolan fontanel (peningkatan tekanan intrakranial), fontanel yang tertekan (dehidrasi), penonjolan sutura sagital (molding), kaput suksedanum (oedema pada jaringan akibat trauma), sefalhematoma (perdarahan ke rongga periosteum). Waspada terhadap: penutupan prematur pada sutura anterior maupun posterior (kraniosinostosis), yang memerlukan pengkajian lebih lanjut.
- b. **Mata.** Inspeksi area mata dan kelopak mata. Mata harus didapati bersih, tanpa drainase dan kelopak tidak bengkak. Perdarahan subkonjungtiva mungkin ada. Variasi yang umum: pembengkakan

kelopak mata (trauma kelahiran, reaksi terhadap profilaksis mata). Waspada terhadap: drainase purulen, hal ini merupakan indikasi diperlukannya pengkajian lebih lanjut terhadap adanya infeksi dan pengobatan.

- c. **Telinga.** Inspeksi telinga luar. Bayi cukup usia mempunyai dua per tiga ujung pinna yang tidak melengkung. Ujung atas telinga harus berada diatas garis atas imajiner, yang ditarik dari kantus bagian dalam ke kantus mata bagian paling luar dan melebar mengelilingi telinga. Rotasi telinga harus ada di garis tengah, dan tidak mengenai bagian depan atau belakang. Waspada terhadap telinga yang letaknya rendah, yang berhubungan dengan masalah kongenital yang beragam.
- d. **Hidung.** Inspeksi. Lubang hidung harus didapati bersih dan tanpa mukus. (Bayi baru lahir harus bernapas lewat hidung, jadi hidung yang tersumbat mempunyai implikasi yang sangat besar bagi bayi). Variasi yang umum: tidak ada. Waspada terhadap: adanya pernapasan cuping hidung. Jika ada, kaji frekwensi pernapasan, retraksi dan bunyi mengorok serta warna kulit. Penentuan karakteristik nadi dengan menggunakan oksimetri dapat memberikan keterangan lebih lanjut (interpretasi kadar harus didapati di atas 90%).
- e. **Mulut.** Inspeksi mulut bagian dalam dan palpasi palatum atas. Palatum atas dan bawah biasanya tidak utuh (bisa dilihat pada saat bayi menangis, atau bisa dipalpasi dengan menggunakan jari yang terbungkus dengan menggunakan sarung tangan yang bersih). (Terbukanya palatum mengindikasikan celah palatum). Inspeksi gusi untuk jumlah gigi kelebihan (gigi ini biasanya tidak menyebabkan suatu

masalah, tetapi dapat menghilang dan tanggal tanpa diduga). Variasi yang umum terjadi: gigi kelebihan dan *epstein's pearls*. Waspada terhadap terbukanya palatum (celah palatum), yang memerlukan pengevaluasian dengan cepat. Adanya bercak putih pada membran mukosa, yang tampak seperti penumpukan susu yang tidak dapat dihilangkan dengan kasa berukuran 4x4, bisa mengindikasikan jamur (*candida albicans*). Mukus yang berlebih dapat berhubungan dengan atresia esofagus.

- f. **Dada.** Inspeksi. Dada harus berbentuk simetris. Mamae dapat berbentuk datar atau melebar sedikit karena efek estrogenibu (perubahan ini dapat berakhir kira-kira 1 minggu). Hitung frekwensi pernapasan lebih dari 1 menit (bayi tetap bertelanjang dada dan lihat pergerakan dada atau abdomen). Variasi yang umum: putih kelebihan. Waspada terhadap retraksi (interkostal atau sternal). Jika ada, kaji frekwensi pernapasan dan tentukan kebutuhan oksigen pada bayi.
- g. **Jantung.** Auskultasi. Frekwensi nadi apikal berkisar dari 120 hingga 160 kali per menit, tetapi kisaran ini dapat menjadi lebih rendah dari 100 kali per menit pada saat tidur. Auskultasi frekwensi nadi apikal selama 1 menit penuh pada saat tidur. Palpasi nadi brakialis, radialis, femoralis dan pedalis. Bandingkan kedua nadi brakialis dengan nadifemoralis. Variasi yang umum: murmur yang tidak menetap dapat didengar pada beberapa jam pertama kehidupan. Waspada terhadap: bradikardi (< 100 kali per menit) atau takikardi (> 160 kali per menit).
- h. **Abdomen.** Inspeksi, palpasi dan auskultasi. Abdomen harus berbentuk datar hingga sedikit melingkar (tanpa distensi) dan bunyi usus halus

dapat didengar pada setiap kuadran. Tali pusat sebaiknya didapati dalam keadaan kering dan tidak ada kemerahan, rabas atau perdarahan. Waspada terhadap perdarahan dan atau drainase yang purulen yang berasal dari tali pusat, yang berarti membutuhkan pengkajian dan pengobatan lebih lanjut.

- i. **Genital.** Inspeksi. Genitalia biasanya dapat dibedakan secara jelas. Kedua testis harus dapat diraba pada skrotum. Variasi yang umum: menstruasi palsu (sedikit perdarahan vagina) pada bayi wanita yang berhubungan dengan pajanan estrogen ibu; mukus jernih dari vagina; tanda pada kulit vagina. Waspada terhadap saluran urin pada penis bagian bawah (hipospadia).
- j. **Punggung.** Inspeksi dan lakukan gerakan ortolani untuk menemukan adanya dislokasi kongenital pada paha (dislokasi paha). Tungkai harus didapati sama panjangnya, dan lipatan kulit pada kedua paha kanan dan kiri bagian posterior harus simetris. Untuk dapat melakukan gerakan ortolani, bayi harus dibaringkan telentang. Letakkan telapak tangan anda pada lutut kiri bayi dan lebarkan jari telunjuk dan tengah ke arah paha. Ujung jari anda harus ada di ujung atas trokanter mayor. Letakkan tangan kiri anda dan lakukan tindakan yang serupa. Dengan paha dan lutut yang difleksikan sebesar sudut  $90^{\circ}$ , angkat ujung persendian paha ke arah asetabulum dan lakukan abduksi dengan lembut. Rasakan adanya bunyi “klik” di bawah ujung jari. Jika ada bunyi klik, beritahukan perawat bayi. Bayi tetap diletakkan pada kekangan pavlik atau belatan abduksi untuk menjaga abduksi paha.

- k. **Ekstremitas.** Inspeksi seluruh ekstremitas seharusnya didapati simetris dan bergerak dengan serentak. Hitung jumlah jari kaki dan tangan; inspeksi keriput telapak tangan dan cekungan kaki. Catat adanya jari dempet (silidaktil). Variasi yang umum: tidak ada. Waspada terhadap pergerakan asimetrik atau tidak ada pergerakan ekstremitas yang membutuhkan pelaporan dan pengkajian lebih lanjut.
- l. **Warna kulit.** Inspeksi. Pastikan bahwa warna kulit sama dengan ras orangtuanya. Insidens akrosianosis seharusnya berkurang. Pantau lebih ketat tanda-tanda jaundis. Jaundis dapat dideteksi pertama kali pada wajah, mukosa membran mulut dan sklera. Keadaan ini dievaluasi dengan cara melakukan pemutihan pada ujung hidung, dahi dan sternum, atau garis gusi. Jika terdapat jaundis, area tersebut akan muncul warna kekuning-kuningan dengan cepat setelah pemutihan. Uji laboratorium akan membuktikan kadar bilirubin total. Variasi yang umum: milia akan tampak pada hidung. Variasi tanda akan tampak pada kulit. Waspada terhadap sianosis: bila ada maka memerlukan pengkajian dan pengobatan yang segera. Pucat mungkin dihubungkan dengan anemia dan wajah yang memancarkan warna kemerah-merahan dapat mengindikasikan peningkatan hematokrit (>65%). Jaundis yang tampak sebelum usia 24 jam sebaiknya dilaporkan. Jaundis memerlukan pengkajian, evaluasi tambahan, kemudian pengobatan yang diperlukan. Jaundis dapat diterapi dengan fototerapi.
- m. **Eliminasi.** Bayi baru lahir sebaiknya berkemih dan mempunyai pergerakan usus dalam 24 jam setelah kelahiran. Setelah itu,

kebanyakan bayi berkemih dengan perkiraan ukuran 6 hingga 8 kali membasahi popok perhari dan defekasi sedikitnya 1 kali per hari. Pemberian ASI cenderung membuat bayi untuk defekasi lebih sering. Variasi yang umum: tidak ada. Waspada jika bayi tidak berkemih dalam 24 jam. Kaji jumlah cairan yang dikonsumsi dan bukaan uretra. Jika tidak ada feses, kaji distensi abdomen dan bising usus. Diare dapat menjadi kondisi serius pada bayi. Pantau karakteristik feses dengan teliti dan bekuan darah pada feses (hematest) dan hilangnya glukosa (klinites atau uji glukosa lainnya) juga perlu pemantauan.

- n. **Perilaku.** Pemantauan. Bayi dapat dengan mudah menghisap, dipeluk atau diselimuti. Bergerak sepanjang fase tidur terjaga. Ketika diletakkan di depan orang tua atau perawat, bayi akan memutar kepalanya ke arah suara. Variasi umum: tidak ada. Waspada terhadap: tangisan yang berlebihan, kesakitan, ketidakmampuan untuk berdiam diri, yang mungkin berhubungan dengan gejala putus obat neonatus. Tips: Lakukan pengkajian perilaku di ruang ibu, untuk memberikan kesempatan yang indah bagi ibu untuk mempelajari isyarat dan kepribadian bayi.

## 2. Pengkajain refleks

- a. **Refleks Moro.** Didapatkan dengan cara memberikan isyarat kepada bayi, dengan satu teriakan kencang atau gerakan yang mendadak. Respon bayi baru lahir berupa menghentakkan tangan atau kaki lurus ke arah keluar, sedangkan lutut fleksi. Tangan kemudian akan kembali lagi ke arah dada seperti posisi bayi dalam pelukan. Jari-jari nampak terpisah, membentuk huruf c dan bayi mungkin menangis.

- b. **Refleks menggenggam.** Didapat dengan cara menstimulasi telapak tangan bayi dengan sebuah obyek atau dengan jari pemeriksa. Respon bayi berupa menggenggam dan memegang dengan erat, sehingga dapat diangkat sebentar dari tempat tidur.
- c. **Reflek menghisap.** Didapat saat sisi mulut bayi baru lahir atau dagunya disentuh. Sebagai respons, bayi akan menoleh ke samping untuk mencari sumber obyek dan membuka mulutnya untuk menghisap.

**Tabel 2.1** Refleks Bayi Baru Lahir (Sondakh, 2013):

Refleks	Respons Normal	Respons abnormal
Rooting atau menghisap	Bayi baru lahir menoleh kepala ke arah stimulus, membuka mulut dan mulai menghisap bila pipi, bibir atau sudut mulut bayi disentuh dengan jari atau puting.	Respon yang lemah atau tidak ada, respon terjadi pada prematuritas, penurunan atau cedera neurologis, atau depresi sistem saraf pusat (SSP)
Menelan	Bayi baru lahir menelan berkoordinasi dengan mengisap bila cairan ditaruh dibelakang lidah.	Muntah, batuk atau regurgitasi cairan dapat terjadi, kemungkinan berhubungan dengan sianosis sekunder karena prematuritas, defisit neurologis, atau cedera terutama terlihat setelah laringoskopi

Ekstrusi	Bayi baru lahir menjulurkan lidah keluar bila ujung lidah disentuh dengan jari atau putting	Ekstrusi lidah secara kontinue atau menjulurkan lidah yang berulang-ulang terjadi karena kelainan sistem saraf pusat dan kejang
Moro	Ekstensi simetris bilateral dan abduksi seluruh ekstremitas dengan ibu jari dan jari telunjuk membentuk huruf C, diikuti dengan adduksi ekstremitas dan kembali ke fleksi relaks jika posisi bayi berubah tiba-tiba atau jika bayi diletakkan telentang pada permukaan yang datar	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur klavikula atau fraktur tulang panjang lengan atau kaki
Melangkah	Bayi akan melangkah dengan satu kaki dan kemudian kaki lainnya dengan gerakan berjalan bila satu kaki disentuh pada permukaan rata	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf sistem saraf pusat atau perifer atau fraktur tulang panjang kaki
Merangkak	Bayi akan berusaha untuk merangkak ke depan dengan	Respons asimetris terlihat pada cedera saraf sistem



	kedua tangan dan kaki bila diletakkan telungkup pada permukaan datar	saraf pusat dan gangguan neurologis
Tonic leher atau fencing	Ekstremitas pada satu sisi dimana saat kepala ditolehkan akan ekstensi, dan ekstremitas yang berlawanan akan fleksi bila kepala bayi ditolehkan ke satu sisi selagi istirahat	Respons persisten setelah bulan keempat dapat menandakan cedera neurologis. Respons menetap tampak pada cedera sistem saraf pusat dan gangguan neurologis
Terkejut	Bayi melakukan abduksi dan fleksi seluruh ekstremitas dan dapat mulai menangis bila mendapat gerakan mendadak atau suara keras	Tidak adanya respon dapat menandakan defisit neurologis atau cedera. Tidak adanya respon secara lengkap dan konsisten terhadap bunyi keras dapat menandakan ketulian. Respons dapat menjadi tidak ada atau berkurang selama tidur malam
Ekstensi silang	Kaki bayi yang berlawanan akan fleksi dan kemudian ekstensi dengan cepat seolah-olah berusaha untuk	Respons yang lemah atau tidak ada respons yang terlihat pada cedera saraf perifer atau fraktur tulang panjang

	memindahkan stimulus ke kaki yang lain bila diletakkan telentang, bayi akan mengekstensikan satu kaki sebagai respons terhadap stimulus pada telapak kaki	
Glabellar "blink"	Bayi akan berkedip bila dilakukan 4 atau 5 ketuk pertama pada batang hidung saat mata terbuka	Terus berkedip dan gagal untuk berkedip menandakan kemungkinan gangguan neurologis
Palmar grasp	Jika bayi akan melekuk disekeliling benda dan menggenggamnya seketika bila jari diletakkan di tangan bayi	Respons ini berkurang pada prematuritas. Asimetris terjadi pada kerusakan saraf perifer (pleksus brakialis) atau fraktur humerus. Tidak ada respons yang terjadi pada defisit neurologis yang berat.
Plantar grasp	Jari bayi akan melekuk di sekeliling benda seketika bila jari diletakkan di telapak kaki bayi	Respons yang berkurang terjadi pada prematuritas. Tidak ada respon yang terjadi pada defisit neurologis yang berat.
Tanda babinski	Jari-jari kaki bayi akan hiperekstensi dan terpisah seperti kipas dari dorsofleksi ibu jari kaki bila satu sisi kaki digosok dari tumit ke atas melintasi bantalan kaki	Tidak ada respon yang terjadi pada defisit sistem saraf pusat.

### 2.1.3 Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Bayi Baru Lahir

Menurut Kristiyanasari (2010), perubahan-perubahan yang terjadi pada bayi baru lahir, antara lain:

#### 1. Perubahan metabolisme karbohidrat

Dalam waktu 2 jam setelah lahir, akan terjadi penurunan kadar gula darah, untuk menambah energi pada jam-jam pertama setelah lahir diambil dari hasil metabolisme asam lemak, bila karena sesuatu hal misalnya bayi mengalami hipotermi, metabolisme asam lemak tidak dapat memenuhi kebutuhan pada neonatus, maka kemungkinan besar bayi akan menderita hipoglikemia, misalnya pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), bayi dari ibu yang menderita diabetes melitus dan lainnya.

#### 2. Perubahan suhu tubuh

Ketika bayi lahir, bayi berada pada suhu lingkungan yang lebih rendah dari suhu di dalam rahim ibu. Apabila bayi dibiarkan dalam suhu kamar  $25^{\circ}\text{C}$ , maka bayi akan kehilangan panas melalui konveksi, radiasi dan evaporasi sebanyak 200 kal per kg bb per menit. Sedangkan produksi panas yang dihasilkan tubuh bayi hanya 1 per 10 dari yang seharusnya. Keadaan ini menyebabkan penurunan suhu tubuh sebanyak  $2^{\circ}\text{C}$  dalam waktu 15 menit, akibat suhu yang rendah metabolisme jaringan meningkat dan kebutuhan oksigen pun meningkat.

#### 3. Perubahan panas

Selama dalam uterus, janin mendapat  $\text{O}_2$  dari pertukaran gas melalui plasenta. Setelah bayi lahir, pertukaran gas harus melalui paru-paru bayi. Rangsangan untuk gerakan pernapasan pertama, antara lain:

- a. Tekanan mekanis dari toraks sewaktu melalui jalan lahir

- b. Penurunan PaO<sub>2</sub> dan kenaikan PaO<sub>2</sub> merangsang kemoreseptor yang terletak di sinuskarotis
- c. Rangsangan dingin di daerah muka dapat merangsang permukaan gerakan pernapasan
- d. Refleksi deflasi *Hering Breur*
- e. Pernapasan pertama pada bayi baru lahir terjadi normal dalam waktu 30 detik setelah kelahiran, tekanan rongga dada bayi pada saat melalui jalan lahir pervagina mengakibatkan cairan paru-paru (pada bayi normal jumlahnya 80 sampai 100 ml) kehilangan 1 per 3 dari jumlah cairan tersebut, sehingga cairan yang hilang ini diganti dengan udara
- f. Paru-paru berkembang sehingga rongga dada kembali pada bentuk semula pernapasan pada neonatus terutama pernapasan diafragmatik dan abdominal dan biasanya masih tidak teratur frekwensi dan dalamnya pernapasan.

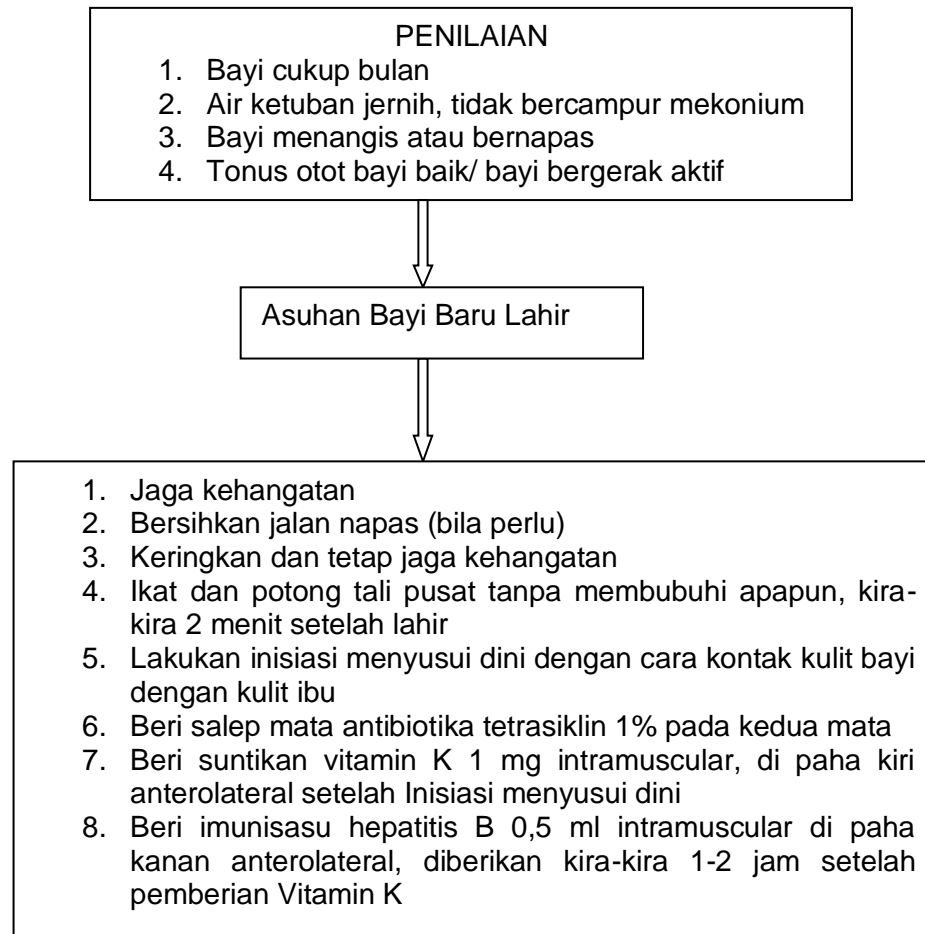
#### 4. Perubahan Sirkulasi

Dengan berkembangnya paru-paru mengakibatkan tekanan O<sub>2</sub> meningkat dan tekanan CO<sub>2</sub> menurun, hal ini mengakibatkan turunnya resistensi pembuluh darah paru sehingga aliran darah ke alat tersebut meningkat, hal ini menyebabkan dari arteri pulmonalis mengalir ke paru-paru dan ductus arteriosus menutup. Dengan menciutnya arteri dan vena umbilical kemudian tali pusat di potong aliran darah dari plasenta melalui vena cava inferior dan foramen ovale ke atrium kiri terhenti. Sirkulasi janin sekarang berubah menjadi sirkulasi bayi yang hidup di luar badan ibu.

#### 2.1.4 Manajemen Bayi Baru lahir

**Gambar 2.1** Manajemen bayi baru lahir, (Sudarti dan Fauziah, 2013)

antara lain:



### 2.1.5 Konsep Dasar Asuhan Neonatus

Menurut Sudarti dan Khoirunnisa (2010), konsep dasar asuhan bayi baru lahir, antara lain:

#### 1. Mempertahankan suhu normal bayi

##### a. Prinsip Umum

Bayi harus tetap berpakaian atau diselimuti setiap saat, agar tetap hangat walaupun dalam keadaan dilakukan tindakan. Misalnya bila pasang jalur infus intravena atau selama resusitasi dengan cara: memakai pakaian dan mengenakan topi, bungkus bayi dengan pakaian yang kering dan lembut dan selimuti, buka bagian tubuh yang diperlukan untuk pemantauan atau tindakan, rawat bayi kecil di ruang hangat (tidak kurang 25° C dan bebas dari aliran angin), jangan letakkan bayi dengan benda yang dingin (misal dinding dingin atau jendela) walaupun bayi dalam inkubator atau di bawah pemancar panas, jangan letakkan bayi langsung di permukaan yang dingin (misalnya alas meja tidur atau tempat pemeriksaan dengan kain atau selimut hangat sebelum bayi diletakkan), pada waktu dipindahkan ke tempat lain jaga bayi tetap hangat dan gunakan pemancar panas atau kontak kulit dengan perawat, berikan tambahan kehangatan pada waktu dilakukan tindakan (misal menggunakan pemancar panas), ganti popok setiap basah, bila ada sesuatu yang basah ditempelkan ke kulit (misal kain kasa yang basah), usahakan agar bayi tetap hangat, dan jangan memandikan atau menyentuh bayi dengan tangan dingin.

## b. Pengukuran suhu tubuh

**Tabel 2.2** Pengukuran suhu tubuh

Keadaan bayi	Bayi sakit	Bayi kecil	Bayi sangat kecil	Bayi keadaan membaik
Frekwensi pengukuran	Tiapjam	Tiap 12 jam	Tiap 6 jam	Sekali sehari

c. Cara menghangatkan dan mempertahankan suhu tubuh, antara lain: kontak kulit dengan kulit, *Kangaroo Mother Care* (KMC), pemancar panas, inkubator, ruangan yang hangat.**Tabel 2.3** Cara menghangatkan bayi

Cara	Petunjuk penggunaan
Kontak kulit	a. Untuk semua bayi b. Untuk menghangatkan bayi dalam waktu singkat, menghangatkan hipotermi (32-36,°C) apabila cara lain tidak mungkin dilakukan
KMC ( <i>Kangaroo Mother Care</i> )	a. Untuk menstabilkan bayi dengan berat badan <2500 gram terutama direkomendasikan untuk perawatan berkelanjutan bayi dengan berat badan <1800 gram b. Tidak untuk bayi yang sedang sakit berat (sepsis, gangguan napas berat)

	c. Tidak untuk ibu yang menderita penyakit berat yang tidak dapat merawat bayinya
Pemancar panas	a. Untuk bayi sakit atau bayi dengan berat badan 1500 gram atau lebih b. Untuk pemeriksaan awal bayi, selama dilakukan tindakan atau menghangatkan kembali bayi hipotermi
Inkubator	Penghangat berkelanjutan bayi dengan berat 1500 gram yang tidak dapat dilakukan KMC ( <i>Kangaroo Mother Care</i> )
Penghangat ruangan	a. Untuk merawat bayi dengan berat <2500 gram yang tidak memerlukan tindakan diagnostik atau tindakan pengobatan b. Tidak untuk bayi sakit berat (sepsis, gangguan napas berat)

## 2. Pencegahan infeksi

Bayi baru lahir sangat rentan terhadap infeksi karena sistem imunnya masih kurang sempurna. Konsekuensi akibat tidak mengikuti prinsip pencegahan infeksi biasanya sangat merugikan. Beberapa prinsip pencegahan infeksi, antara lain : anggaplah setiap orang baik pasien atau karyawan berpotensi menimbulkan infeksi, cuci tangan atau gunakan cairan cuci tangan dengan basis alkohol sebelum dan sesudah merawat bayi, gunakan sarung tangan bila melakukan tindakan, pakai pakaian pelindung (misal clemek) bila diperkirakan akan terjadi kontak darah dan



atau cairan tubuh lainnya, bersihkan dan bila perlu lakukan desinfeksi peralatan dan barang yang digunakan sebelum daur ulang, bersihkan ruangan perawatan pasien secara rutin, dan letakkan bayi yang mungkin dapat mengkontaminasi lingkungan (misal bayi dengan diare yang infeksius) di dalam ruangan khusus.

Menurut Sudarti dan Fauziah (2013), beberapa tindakan pencegahan infeksi, antara lain: cara kerja aseptik, cuci tangan setiap akan memegang bayi, mencegah terlalu banyak bayi dan petugas dalam satu ruangan, melarang petugas yang menderita infeksi masuk tempat bayi dirawat, antibiotika disesuaikan dengan pola kuman dan membatasi tindakan seminimal mungkin.

## **2.2 Dasar Teori Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)**

### **2.2.1 Pengertian Bayi Berat Lahir Rendah**

Menurut Ambarwati dan Rismintari (2009), Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah neonatus dengan berat badan lahir pada saat kelahiran kurang dari 2500 gram (sampai 2499 gram) tanpa memandang masa kehamilan. Berat lahir adalah berat bayi yang ditimbang dalam satu jam setelah lahir. Berat badan lahir rendah terdapat 2 penyebab yaitu kelahiran bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram, yaitu karena umur kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan lebih rendah dari semestinya, sekalipun umur kehamilan cukup atau kombinasi keduanya.

Menurut surasmi,dkk (2003), Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah semua bayi yang lahir dengan berat badan sama atau kurang dari 2500 gram.

Menurut Pantiawati, (2010), Bayi Berat Lahir Rendah adalah bayi dengan berat badan kurang dari 2500 gram. Dahulu bayi baru lahir yang berat

badan lahir atau sama dengan 2500 gram disebut premature. Untuk mendapatkan keseragaman, pada Kongres *European Perinatal Medicine II* di London (1970), telah disusun definisi sebagai berikut:

1. *Preterm infant* (premature) atau bayi kurang bulan: bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu (259 hari).
2. *Term Infant* atau bayi cukup bulan: bayi dengan masa kehamilan mulai 37 minggu sampai dengan 42 minggu (259-293 hari)
3. *Post term* atau bayi lebih bulan: bayi dengan masa kehamilan mulai 42 minggu atau lebih (294 hari atau lebih).

#### **2.2.2 Etiologi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)**

Menurut Pantiawati (2010) penyebab terbanyak terjadinya Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) adalah kelahiran prematur. Menurut prawirohardjo (2009), persalinan prematur merupakan kelainan proses yang multifaktorial. Kombinasi keadaan obstetrik, sosiodemografi, dan faktor medik mempunyai pengaruh terhadap terjadinya persalinan prematur. Kadang hanya resiko tunggal dijumpai seperti distensi yang berlebihan uterus, ketuban pecah dini atau trauma. Banyak kasus persalinan prematur sebagai akibat proses patogenik yang merupakan mediator biokimia yang mempunyai dampak terjadinya kontraksi rahim dan perubahan serviks.

Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dapat disebabkan oleh beberapa faktor (Pantiawati, 2010), antara lain:

1. Faktor ibu
  - a. Penyakit, antara lain toksemia gravidarum, perdarahan antepartum, trauma fisik dan psikologis, nefritis akut, dan diabetes melitus.

- b. Usia ibu: usia <16 tahun dan usia >35 tahun, serta multigravida yang jarak kelahirannya terlalu dekat.
  - c. Keadaan sosial : golongan ekonomi yang rendah, dan perkawinan yang tidak sah.
  - d. Sebab lain : ibu yang perokok, Ibu peminum alkohol, dan ibu pecandu narkoba.
2. Faktor janin : hidramnion, kehamilan ganda dan kelainan kromosom.
  3. Faktor lingkungan: tempat tinggal dataran tinggi, radiasi dan zat-zat racun.

### **2.2.3 Patofisiologis Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)**

Menurut Sudarti dan Fauziah (2013), patofisiologis Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), antara lain : temperatur dalam kandungan 37°C sehingga bayi setelah lahir dalam ruangan suhu temperatur 28°C sampai 32°C. Perubahan temperatur ini perlu diperhitungkan pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) karena belum bisa mempertahankan suhu normal yang disebabkan : pusat pengaturan suhu badan masih dalam perkembangan, intake cairan dan kalori kurang dari kebutuhan, cadangan energi sangat kurang, luar permukaan tubuh relatif luas sehingga resiko kehilangan panas lebih besar, jaringan lemak subkutan lebih tipis, sehingga kehilangan panas lebih besar, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) sering terjadi penurunan berat badan disebabkan: malas minum dan pencernaan masih lemah, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) rentan infeksi sehingga terjadi sindrom gawat nafas, hipotermi, tidak stabil sirkulasi (edema), hipoglikemia, hipokalsemia, dan hiperbilirubinemia.

#### 2.2.4 Klasifikasi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)

Menurut Pantiawati (2010), Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dapat dikelompokkan menjadi prematuritas murni dan dismaturitas.

##### 1. Prematuritas murni

Adalah bayi dengan masa kehamilan kurang dari 37 minggu dan berat badan sesuai dengan berat badan untuk usia kehamilan atau disebut neonatus kurang bulan, sesuai masa kehamilan. Menurut WHO, bayi prematur adalah bayi lahir hidup sebelum usia kehamilan 37 minggu (dihitung dari hari pertama haid terakhir). Bayi prematur atau bayi peterm adalah bayi yang berumur kehamilan 37 minggu tanpa memperhatikan berat badan. Sebagian besar bayi lahir dengan berat badan kurang dari 2500 gram adalah bayi prematur. Dari pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa bayi prematur ditetapkan berdasarkan umur kehamilan.

Penyebab kelahiran prematur, antara lain :

- a. Faktor ibu : toksemia gravidarum yaitu preeklamsia dan eklamsia, kelainan bentuk uterus (misalnya uterus bikornis, inkompeten serviks), tumor, misalnya mioma uteri, sistoma, ibu yang menderita penyakit lain, seperti akut dengan gejala panas tinggi, misalnya tifus abdominalis, malaria.dan kronis, misalnya TBC, penyakit jantung, glomerulonefritis kronis, trauma pada masa kehamilan antara lain trauma fisik, misalnya jatuh dan trauma psikologis misalnya stres, usia ibu pada waktu hamil kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, dan faktor plasenta antara lain plasenta previa, solusio plasenta.
- b. faktor janin: kehamilan ganda, hidramnion, ketuban pecah dini, cacat bawaan, infeksi (misalnya rubela, toksoplamosis), insufisiensi plasenta,

inkompatibilitas darah ibu dan janin (faktor rhesus, golongan darah ABO)

- c. faktor plasenta: plasenta previa dan solusio plasenta
- d. Tidak diketahui

## 2. Dismaturitas

Adalah bayi dengan berat badan kurang dari berat badan yang seharusnya untuk usia kehamilannya, yaitu berat badan dibawah persentil 10 pada kurva pertumbuhan intrauterine, biasa disebut dengan bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK). Hal ini menunjukkan bayi mengalami retardasi pertumbuhan intrauterine. Keadaan ini berhubungan dengan gangguan sirkulasi dan efisiensiplasenta. Faktor-faktor yang menyebabkan gangguan pertumbuhan intrauterine meliputi:

- a. Faktor janin : Kelainan kromosom, infeksi janin kronik, disotonomia familial, retardasi, kehamilan ganda, dan aplasia pankreas.
- b. Faktor plasenta : Berat plasenta kurang, plasenta berongga atau keduanya, luas permukaan berkurang, plasentitis vilus, infark tumor (korio angioma), plasenta yang lepas, sindrom tranfusi bayi kembar.
- c. Faktor ibu : Toksemia, hipertensi, penyakit ginjal, hipoksemia, (penyakit jantung sionatik, penyakit paru, malnutrisi, anemia sel sabit, ketergantungan (obat narkotik, alkohol, rokok).

Menurut Surasmi (2003), berat badan lahir merupakan salah satu komponen yang mendasarai pengelompokan bayi dengan resiko tinggi, selain umur kehamilan dan adanya masalah patofisiologis yang menyertai bayi tersebut. Sedangkan masalah fisiologis berkaitan erat dengan status kematangan bayi dan gangguan kimia (misalnya hipoglikemia, hipokalsemia)

dan konsekuensi dari ketidakmatangan organ dan sistem (misalnya hiperbilirubinemia, sindrom gawat napas, hipotermia). Berikut adalah penggolongan bayi resiko tinggi berdasarkan klasifikasi ini.

1. Klasifikasi berdasarkan berat badan

- a. Bayi berat badan lahir amat sangat rendah, yaitu bayi yang lahir dengan berat badan < 1000 gram.
- b. Bayi berat badan lahir sangat rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan < 1500 gram.
- c. Bayi berat badan lahir cukup rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1501 sampai 2500 gram.

2. Klasifikasi berdasarkan umur kehamilan

- a. Bayi prematur adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan belum mencapai 37 minggu
- b. Bayi cukup Bulan adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan 38 sampai 42 minggu.
- c. Bayi lebih bulan adalah bayi yang lahir dengan umur kehamilan lebih dari 42 minggu.

3. Klasifikasi berdasarkan umur kehamilan dan berat badan

- a. Bayi kecil untuk masa kehamilan (KMK) dalam bahasa inggris disebut *small-for-gestational-age*(SGA) atau *small for date*(SFD), yaitu bayi yang lahir dengan keterlambatan pertumbuhan intrauteri dengan berat badan terletak di bawah persentil ke 10 dalam grafik pertumbuhan intrauterin.
- b. Bayi sesuai untuk masa kehamilan (SMK) atau dalam bahasa Inggris disebut *appropriate-gestational-age* (AGA) yaitu bayi yang lahir dengan

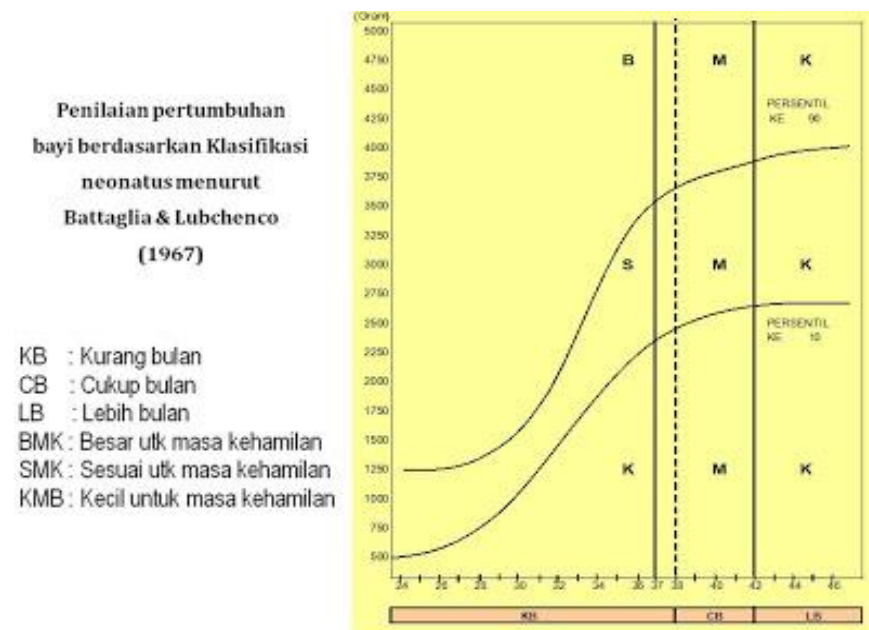
berat badan sesuai dengan berat badan untuk masa kehamilan yaitu berat badan terletak antara persentil ke 10 dan ke 90 dalam grafik pertumbuhan intra uterine.

- c. Bayi besar untuk masa kehamilan atau dalam bahasa Inggris disebut *large-for-gestational-age (LGA)*, yaitu bayi yang lahir dengan berat badan lebih besar untuk usia kehamilan dengan berat badan terletak di atas persentil ke 90 dalam grafik pertumbuhan intra-uterine.

Menurut Marmi dan Rahardjo (2012) Klasifikasi menurut berat badan lahir terhadap masa gestasi dideskripsikan masa gestasi dan ukuran berat badan yang sesuai untuk masa kehamilannya, antara lain:

1. Neonatus Cukup/ kurang/lebih (NCB/NKB/NLB)
2. Sesuai/kecil/besar untuk masa kehamilan (SMK/KMK/BMK)

**Gambar 2.2 Kurva Lubchenco.** Grafik klasifikasi praktis bayi baru lahir hidup ditinjau dari hubungan antara berat badan dan kehamilan, (Surasmi, 2003).



### 2.2.5 Diagnosa BBLR

Menurut Pantiawati (2010), menegakkan diagnosa BBLR adalah dengan mengukur berat lahir bayi dalam jangka waktu 1 jam setelah bayi lahir, dapat diketahui dengan dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

#### 1. Anamnesis

Riwayat yang perlu ditanyakan pada ibu dalam anamnesis untuk menegakkan mencari etiologi dan faktor-faktor yang berpengaruh terjadinya Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR): umur ibu, riwayat hari pertama haid terakhir, riwayat persalinan sebelumnya, paritas, jarak kelahiran sebelumnya, kenaikan berat badan selama hamil, aktivitas, penyakit yang diderita selama hamil, dan pengobatan yang diminum selama hamil.

#### 2. Pemeriksaan fisik

Yang dapat dijumpai saat pemeriksaan fisik pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), antara lain: berat badan, tanda-tanda prematuritas (pada bayi kurang bulan) dan tanda bayi cukup bulan atau lebih bulan (bila bayi kecil untuk masa kehamilan).

#### 3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan, antara lain:

- a. Pemeriksaan skor ballard
- b. Tes kocok (*shake test*), dianjurkan untuk bayi kurang bulan
- c. Darah rutin, glukosa darah, kalau perlu dan tersedia fasilitas diperiksa kadar elektrolit dan analisa gas darah



- d. Foto dada ataupun *babygram* diperlukan pada bayi baru lahir dengan umur kehamilan kurang bulan dimulai pada umur 8 jam atau didapat atau diperiksa akan terjadi sindrom gawat napas.

Menurut Surasmi, dkk (2003), terkait dengan pemeriksaan penunjang dengan pemeriksaan skor ballard, Ballard menilai maturitas neonatus berdasarkan tanda kematangan fisik dan 6 tanda kematangan neuromuskular. Penilaian dilakukan dengan cara :

1. Menilai 7 tanda kematangan fisik
2. Menilai 6 tanda kematangan neuromuskular
3. Hasil penilaian aspek kematangan fisik dan neurologik dijumlah
4. Jumlah kedua nilai aspek kematangan tersebut dicocokkan dengan tabel patokan tingkat kematangan menurut Ballard.

**Gambar 2.3** Ciri kematangan fisik menurut Ballard

	- 2	- 1	0	1	2	3	4	5
Kulit		Lengket, rapuh, transparan	Merah seperti gelatin, tembus pandang	Licin, merah muda, vena membayang	Pengelupasan &/atau ruam superfisial, beberapa vena	Pecah2, daerah pucat, jarang vena	Perkamen, pecah-pecah dalam, tidak terlihat vena	Seperti kulit, pecah-pecah, berkeriput
Lanugo		Tidak ada	Jarang sekali	Banyak sekali	menipis	(+)daerah tanpa rambut	Sebagian besar tanpa rambut	
Garis telapak kaki	Tumit – ibu jari kaki < 40 mm	Tumit – ibu jari kaki 40 – 50 mm	> 50 mm, tidak ada lipatan	Garis-garis merah tipis	Garis melintang hanya pd bag. anterior	Garis lipatan sampai 2/3 anterior	Garis lipatan pada seluruh telapak	
Payudara		Tidak dikenali	Susah dikenali	Areola datar (-) menonjol	Areola berbintil2, Penonjolan 1-2 mm	Areola terangkat, Penonjolan 3-4 mm	Areola penuh, Penonjolan 5- 10 mm	
Mata / telinga	Kelopak menyatu erat	Kelopak menyatu longgar	Kelopak terbuka, pinna datar, tetap terlipat	Pinna sedikit bergelombang, rekoil lambat	Pinna bergelombang baik, lembek tapi siap rekoil	Keras & berbentuk segera rekoil	Kartilago tebal, daun telinga kaku	
Genitalia pria		Skrotum datar & halus	Skrotum kosong, rugae samar	Testis di kanal bagian atas, rugae jarang	Testis menuju ke bawah, sedikit rugae	Testis sudah turun, rugae jelas	Testis tergnatung, rugae dalam	
Genitalia wanita		Kloris menonjol, labia dalam	Kloris menonjol, labia minora kecil	Kloris menonjol, minora membesar	Labia mayora & minora menonjol	Labia mayora besar, labia minora kecil	Labia mayora menutupi kloris & labia minora	

Skor	Minggu
-10	20
-5	22
0	24
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

**Gambar 2.4** Bagan ciri kematangan neuromuskular

	- 1	0	1	2	3	4	5
Postur							
Jendela pergelangan tangan							
Gerakan lengan membalik							
Sudut poplitea							
Tanda selayang							
Lutut ke telinga							

Contoh: Aspek kematangan fisik jumlahnya dan aspek kematangan neuromuskular jumlahnya 13, jumlah aspek kematangan fisik dan kematangan neuromuskular adalah 25. Menurut tabel penilaian tingkat kematangan menurut Ballard, jumlah nilai 25 tingkat kematangannya sesuai dengan masa gestasi 34 minggu.

### 2.2.6 Karakteristik BBLR

Menurut Sudarti dan Fauziah (2013), tanda dan gejala Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), antara lain:

1. BB<2500 gram
2. PB<45 cm, LK< 33 cm, LD< 30 cm
3. Kepala bayi lebih besar dari badan, rambut kepala tipis dan halus, elastisitas daun telinga
4. Dada: dinding thorax elastis, puting susu belum terbentuk
5. Abdomen: distensi abdomen, kulit perut tipis, pembuluh darah kelihatan.
6. Kulit : tipis, transparan, pembuluh darah kelihatan

7. Jaringan lemak subkutan sedikit, lanugo banyak
8. Genetalia: pada laki-laki skrotum kecil, testis tidak teraba, sedangkan pada perempuan labia mayora hampir tidak ada, klitoris menonjol.
9. Ekstremitas : kadang oedema, garis telapak kaki sedikit
10. Motorik: pergerakan masih lemah.

Menurut pantiawati (2010), karakteristik Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), antara lain:

1. Prematuritas murni: berat badan kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang dari 45 cm, lingkar kepala kurang dari 33 cm, lingkar dada kurang dari 30 cm, masa gestasi kurang dari 37 minggu, kulit tipis dan transparan, tampak mengkilat dan licin, kepala lebih besar dari badan, lanugo banyak terutama pada dahi, pelipis, telinga dan lengan, lemak subkutan kurang, ubun-ubun dan sutura lebar, rambut tipis, halus tulang rawan dan daun telinga immature, puting susu belum terbentuk dengan baik, pembuluh darah kulit banyak terlihat peristaltik, usus dapat terlihat, genitalia belum sempurna, labia minora belum tertutup oleh labia mayora, bayi masih posisi fetal, pergerakan kurang dan lemah, otot masih hipotonik, banyak tidur, tangis lemah, pernapasan belum teratur dan sering mengalami serang apnea, reflek tonic neck lemah, refleks menghisap dan menelan belum sempurna.

## 2. Dismature

Preterm: sama dengan prematuritas murni.

Posterm: kulit pucat, mekonium kering keriput, vernix caseosa tipis/ tidak ada, jaringan lemak dibawah kulit tipis, bayi tampak gesit, aktif dan kuat, dan tali pusat berwarna kuning kehijauan.

### 2.2.7 Masalah yang Sering Muncul

Menurut Pantiawati (2010), masalah yang sering muncul pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), antara lain:

#### 1. Hipotermi

Dalam kandungan, bayi berada dalam suhu lingkungan yang normal dan stabil ( $36^{\circ}\text{C}$ ). Segera setelah lahir, bayi dihadapkan pada suhu lingkungan yang umumnya lebih rendah. Perbedaan suhu ini memberi pengaruh pada kehilangan panas tubuh bayi. Selain itu, hipotermi dapat terjadi karena kemampuan untuk mempertahankan panas dan kesanggupan menambah produksi panas sangat terbatas karena pertumbuhan otot-otot yang belum cukup memadai, lemak subkutan yang sedikit, belum matangnya sistem saraf pengatur suhu tubuh, luas permukaan tubuh relatif lebih besar dibandingkan dengan berat badan sehingga mudah kehilangan panas.

Menurut Marmi dan Rahardjo (2012), gejala hipotermi, antara lain : sejalan dengan menurunnya suhu tubuh, maka bayi menjadi kurang aktif, tidak kuat menghisap ASI dan menangis lemah, pernapasan megap-megap, dan lambat, serta denyut jantung menurun, timbul sklerema dimana kulit mengeras berwarna kemerahan terutama dibagian punggung, tungkai dan lengan, muka bayi berwarna merah terang. Keadaan hipotermi menyebabkan terjadinya perubahan metabolisme tubuh yang akan berakhir dengan kegagalan fungsi jantung, perdarahan terutama pada paru-paru, ikterus dan kematian. Ada 4 mekanisme kemungkinan hilangnya panas tubuh bayi baru lahir, antara lain :

- a. Konduksi: Panas dihantarkan dari tubuh bayi ke tubuh benda di sekitarnya yang kontak langsung dengan tubuh bayi, (pemindahan

panas dari tubuh bayi ke obyek lain melalui kontak langsung). Misalnya : menimbang bayi tanpa alas timbangan, tangan penolong yang dingin memegang bayi, menggunakan setoskop yang dingin untuk pemeriksaan bayi baru lahir.

- b. Konveksi: panas hilang dari bayi ke udara sekitarnya yang sedang bergerak (jumlah panas yang hilang tergantung kecepatan dan suhu udara). Misalnya: membiarkan atau menempatkan bayi baru lahir dekat jendela, membiarkan bayi baru lahir di runtuangan yang terpasang kipas angin.
- c. Radiasi: Panas dipancarkan dari bayi baru lahir, keluar tubuhnya ke lingkungan yang lebih dingin (pemindahan panas antara dua obyek yang mempunyai suhu berbeda). Misalnya bayi baru lahir dibiarkan dalam ruangan *Air Conditioner* (AC) tanpa diberikan pemanas (*radiant warmer*), bayi baru lahir dibiarkan keadaan telanjang, bayi baru lahir diletakkan berdekatan dengan ruangan yang dingin, misalnya dekat tembok.
- d. Evaporasi: Panas hilang melalui proses penguapan tergantung kepada kecepatan dan kelembaban udara (perpindahan panas dengan cara merubah cairan menjadi uap). Evaporasi dipengaruhi oleh jumlah panas yang dipakai, tingkat kelembaban udara, aliran udara yang melewati.

Akibat dari suhu tubuh yang rendah yaitu metabolisme jaringan akan meningkat dan berakibat lebih mudah terjadi asidosis metabolik berat sehingga kebutuhan oksigen akan meningkat. Selain itu, hipotermi yang terjadi pada neonatus dapat menyebabkan hipoglikemia. Apabila neonatus

mengalami hipotermi, bayi akan mengadakan penyesuaian suhu terutama dengan memproduksi panas total yang bukan berasal dari aktivitas otot atau *Non Shivering Thermogenesis* (NST). Produksi panas ini dilakukan dengan cara pembakaran cadangan lemak-lemak biasa. Brown fat terdapat pada neonatus dalam jumlah besar sekitar 2 sampai 6% BB. Lemak ini terdapat di antara scapula, sekitar otot dan pembuluh darah leher, pelipatan lengan atas (axila), antara mediastum dan sekitar ginjal dan kelenjar adrenalin. Tidak semua neonatus memiliki ketahanan suhu tubuh yang sama, karena hal ini sangat dipengaruhi oleh suhu bayi, umur kehamilan, dan berat badan bayi.

## 2. Sindrom gawat napas

Kesukaran pernapasan pada bayi prematur dapat disebabkan belum sempurnanya pembentukan membran hialin surfaktan paru yang merupakan suatu zat yang dapat menurunkan tegangan dinding alveoli paru. Pertumbuhan surfaktan paru mencapai maksimum pada minggu ke 35 kehamilan. Defisiensi surfaktan menyebabkan gangguan kemampuan paru untuk mempertahankan stabilitasnya, alveolus akan kembali kolaps setiap akhir ekspirasi sehingga untuk pernapasan berikutnya dibutuhkan tekanan negatif intratoraks yang lebih besar yang disertai usaha inspirasi yang kuat. Tanda klinis sindrom gawat napas, antara lain : pernapasan cepat, sianosis perioral, merintih waktu ekspirasi dan retraksi substernal dan interkostal.

## 3. Hipoglikemia

Penyelidikan kadar gula darah pada 12 jam pertama menunjukkan bahwa hipoglikemia dapat terjadi sebanyak 50% pada bayi matur. Glukosa

merupakan sumber utama energi selama masa janin. Kecepatan glukosa yang diambil janin tergantung dari kadar gula darah ibu karena terputusnya hubungan plasenta dan janin menyebabkan terhentinya pemberian glukosa. Bayi aterm dapat mempertahankan kadar gula darah 50 sampai 60 mg/ dL selama 72 jam pertama, sedangkan bayi berat badan lahir rendah dalam kadar 40 mg/dL. Hal ini disebabkan cadangan glikogen yang belum mencukupi. Hipoglikemia bila kadar gula darah sama dengan atau kurang dari 20 mg/dl. Tanda klinis hipoglikemia, antara lain: gemetar atau tremor, sianosis, apatis, kejang, apnea intermiten, tangisan lemah atau melengking, kelumpuhan atau letargi, kesulitan minum, terdapat gerakan putar mata, keringat dingin, hipotermia, gagal jantung dan henti jantung (sering berbagai gejala muncul bersama –sama).

#### 4. Perdarahan intrakranial

Pada bayi prematur, pembuluh darah masih sangat rapuh hingga mudah pecah. Perdarahan intrakranial dapat terjadi karena trauma lahir, *diseminated intravascular coagulopathy* atau trombositopenia idiopatik. Matriks germinal epididimal yang kaya pembuluh darah merupakan wilayah yang sangat rentan terhadap perdarahan selama minggu pertama kehidupan. Tanda klinis perdarahan intrakranial, antara lain : kegagalan umum untuk bergerak normal, refleks moro menurun atau tidak ada, tonus otot menurun, letargi, pucat dan sianosis, apnea, kegagalan menetek dengan baik, muntah yang kuat, tangisan bernada tinggi dan tajam, kejang, kelumpuhan, fontanel mayor mungkin tegang dan cembung, dan pada sebagian kecil penderita mungkin tidak ditemukan manifestasi klinis satu pun.

#### 5. Rentan terhadap infeksi

Pemindahan substansi kekebalan dari ibu ke janin, terjadi pada minggu terakhir masa kehamilan. Bayi prematur mudah terjadi infeksi karena imunitas humoral dan seluler masih kurang hingga bayi mudah menderita infeksi. Selain itu, karena kulit dan selaput lendir membran tidak memiliki perlindungan seperti bayi cukup bulan.

#### 6. Hiperbilirubinemia

Hal ini dapat terjadi karena belum maturnya fungsi hepar. Kurangnya enzim *glukoronil transferase* sehingga konjugasi bilirubin direk belum sempurna dan kadar albumin darah yang berperan dalam transportasi bilirubindari jaringan ke hepar kurang. Kadar bilirubin normal pada bayi prematur 10 mg/ dl. Hiperbilirubinemia pada prematur bila tidak segera diatasi dapat menjadi kern ikterus yang akan menimbulkan gejala sisa yang permanen. Tanda klinis hiperbilirubinemia, antara lain: sklera, puncak hidung, sekitar mulut, dada dan perut serta ekstremitas berwarna kuning, letargi, kemampuan menghisap menurun dan kejang.

### 2.2.8 Penatalaksanaan BBLR

Menurut Pantiawati (2010), penatalaksanaan BBLR, antara lain:

#### 1. Medikamentosa

Pemberian Vitamin K1: injeksi 1 mg Intra Muscular sekali pemberian atau per oral 2 mg sekali pemberian atau 1 mg 3 kali pemberian (saat lahir, umur 3 sampai 10 hari dan umur 4 sampai 6 minggu).

#### 2. Dietetik

Pemberian nutrisi yang adekuat



- a. Apabila daya isap belum baik, bayi dicoba untuk menetek sedikit demi sedikit
- b. Apabila bayi belum bisa meneteki pemberian ASI diberikan melalui sendok atau pipet
- c. Apabila bayi belum ada refleks menghisap, dan menelan harus dipasang selang penduga/ sonde feeding.

Bayi prematur atau Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) mempunyai masalah menyusui karena refleks menghisapnya masih lemah. Untuk bayi demikian, sebaiknya ASI dikeluarkan dengan pompa atau diperas dan diberikan pada bayi dengan pipet lambung atau pipet. Dengan memegang kepala dan menahan bawah dagu, bayi dapat dilatih untuk menghisap, sementara ASI yang telah dikeluarkan yang diberikan dengan pipet atau selang kecil yang menempel pada puting. ASI merupakan pilihan utama:

- 1. Apabila bayi mendapat ASI, pastikan bayi menerima jumlah yang cukup dengan cara apapun, perhatikan cara pemberian ASI dan nilai kemampuan bayi menghisap paling kurang sehari sekali, (Pantiawati, 2010).
- 2. Apabila bayi sudah tidak mendapatkan cairan IV dan beratnya naik 20 gram per hari selama 3 hari berturut-turut, timbang bayi 2 kali seminggu, (Pantiawati, 2010)
- 3. Apabila kenaikan Berat Badan tidak adekuat, tangani masalah kenaikan Berat Badan, (Sudarti, 2013).
- 4. Apabila bayi menyusui pada ibu, perhatikan cara menyusui dan refleks menghisap, (Sudarti, 2013)

Menurut Sudarti (2013), cara memastikan mendapat cukup ASI, antara lain:

1. Apakah bayi puas menyusui?
2. Catat jumlah urin setiap kencing, untuk menilai kecukupan minum kurang lebih 6 kali sehari.
3. Timbang berat badan setiap hari, hitung pertambahan atau pengurangan berat badan bayi
4. Bayi BB 1500 sampai 2500 gram tidak boleh kehilangan berat badan >10% dari berat badan lahir 4 sampai 5 hari
5. BB < 1500 gram dapat kehilangan berat badan sampai 15% dari berat badan lahir 7 sampai 10 hari pertama.

Menurut Pantiawati (2010), pemberian minum Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), menurut berat badan lahir dan keadaan bayi adalah sebagai berikut:

1. Berat lahir 1750-2500 gram
  - a. Bayi sehat
    - 1) Biarkan bayi menyusui pada ibu semau bayi. Ingat bahwa bayi kecil lebih mudah merasa letih dan malas minum, anjurkan bayi menyusui lebih sering (misalnya setiap 2 jam bila perlu).
    - 2) Pantau pemberian minum dan kenaikan berat badan untuk menilai efektifitas menyusui. Apabila bayi kurang dapat menghisap, tambahkan ASI peras dengan menggunakan salah satu alternatif cara pemberian minum.

b. Bayi sakit

- 1) Apabila bayi dapat minum per oral dan tidak memerlukan cairan IV, berikan minum seperti pada bayi sehat.
- 2) Apabila bayi memerlukan cairan IV, berikan cairan intravena hanya selama 24 jam dan ulangi berikan minum per oral pada hari kedua atau segera setelah bayi stabil. Anjurkan pemberian ASI apabila ibu ada dan bayi menunjukkan tanda-tanda siap untuk menyusui.
- 3) Apabila masalah sakitnya menghalangi proses menyusui, misalnya gangguan napas, kejang), berikan ASI peras melalui pipa lambung: berikan cairan IV dan ASI menurut umur dan berikan minum 8 kali dalam 24 jam (misalnya 3 jam sekali). Apabila bayi telah mendapat minum 160 ml per kg BB per hari tetapi masih tampak lapar, berikan tambahan ASI setiap kali minum. Biarkan bayi menyusui apabila keadaan bayi sudah stabil dan bayi menunjukkan keinginan untuk menyusui dan dapat menyusui tanpa terbatuk atau tersedak.

**Tabel 2.4** jumlah cairan IV dan ASI bayi sakit 1750-2500 gram (Sudarti, 2013), adalah:

Pemberian	Umur (hari)						
	1	2	3	4	5	6	7
Kecepatan cairan IV (ml/jam atau tetes mikro/ menit)	5	4	3	2	0	0	0
Jumlah ASI setiap 3 jam	0	6	14	22	30	35	38

## 2. Berat lahir 1500-1749 gram

### a. Bayi sehat

- 1) Berikan ASI peras dengan cangkir/ sendok. Bila jumlah yang dibutuhkan tidak dapat diberikan menggunakan cangkir atau sendok atau ada resiko terjadi aspirasi ke dalam paru (batuk atau tersedak), berikan minum dengan pipa lambung. Lanjutkan pemberian dengan menggunakan cangkir/ sendok apabila bayi dapat menelan tanpa batuk atau tersedak (ini dapat berlangsung 1 sampai 2 hari namun ada kalanya memakan waktu lebih dari 1 minggu).
- 2) Berikan minum 8 kali dalam 24 jam (misalnya setiap 3 jam). Apabila bayi telah mendapat minum 160 ml/ kg BB per hari, tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum.
- 3) Apabila bayi telah mendapat minum baik menggunakan cangkir/ sendok, coba untuk menyusui langsung.

**Tabel 2.5** Jumlah cairan IV dan ASI bayi sehat 1500-1749 gram, (Sudarti, 2013), adalah:

Pemberian	Umur (hari)						
	1	2	3	4	5	6	7
Jumlah ASI setiap 3 jam	12	18	22	26	30	33	35

### b. Bayi sakit

- 1) Berikan cairan intravena hanya selama 24 jam pertama
- 2) Beri ASI peras dengan menggunakan pipa lambung mulai dari hari ke-2 dan kurangi jumlah cairan intravena secara perlahan.

- 3) Berikan minum 8 kali dalam 24 jam (misalnya setiap 3 jam).  
Apabila bayi telah mendapat minum 160 ml/ kg BB per hari, tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum.
- 4) Lanjutkan pemberian minum dengan menggunakan cangkir/ sendok apabila kondisi bayi sudah stabil dan bayi dapat menelan tanpa batuk atau tersedak.
- 5) Apabila bayi telah mendapatkan minum baik menggunakan cangkir/ sendok, coba untuk menyusui langsung.

**Tabel 2.6** Jumlah cairan IV dan ASI bayi sakit 1500-1749 gram, (Sudarti 2013), adalah:

Pemberian	Umur (hari)						
	1	2	3	4	5	6	7
Kecepatan cairan IV (ml/jam atau tetes mikro/ menit)	4	4	3	2	2	0	0
Jumlah ASI setiap 3 jam	0	6	13	20	24	33	35

### 3. Berat lahir 1250-1499 gram

#### a. Bayi Sehat

- 1) Beri ASI peras melalui pipa lambung
- 2) Berikan minum 8 kali dalam 24 jam (misalnya setiap 3 jam),.  
Apabila bayi telah mendapat minum 160 ml/ kg BB per hari, tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum.
- 3) Lanjutkan pemberian minum menggunakan cangkir atau sendok
- 4) Apabila bayi telah mendapatkan minum, baik menggunakan cangkir atau sendok, coba untuk menyusui langsung.

**Tabel 2.7** Jumlah cairan IV dan ASI bayi sehat 1250-1499 gram, (Sudarti, 2013), adalah :

Pemberian	Umur (hari)						
	1	2	3	4	5	6	7
Jumlah ASI setiap 3 jam (ml/kali)	10	15	18	22	26	28	30

b. Bayi sakit

- 1) Beri cairan intravena hanya selama 24 jam pertama
- 2) Beri ASI peras melalui pipa lambung mulai hari ke 2 dan kurangi jumlah cairan intravena secara perlahan
- 3) Berikan minum 8 kali dalam 24 jam (misalnya setiap 3 jam).  
Apabila bayi telah mendapat minum 160 ml per kg BB per hari, tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum.
- 4) Lanjutkan pemberian minum menggunakan cangkir atau sendok  
Apabila bayi telah mendapatkan minum, baik menggunakan cangkir atau sendok, coba untuk menyusui langsung.

**Tabel 2. 8** Jumlah cairan IV dan ASI bayi sakit 1250-1499 gram (Sudarti, 2013), adalah :

Pemberian	Umur (hari)						
	1	2	3	4	5	6	7
Kecepatan cairan IV (ml/jam atau tetes mikro/ menit)	3	3	3	2	2	0	0
Jumlah ASI setiap 3 jam	0	6	9	16	20	28	30

4. Berat Badan <1250 gram

- a. Beri cairan Intravena untuk 48 jam pertama
- b. Beri ASI peras lewat NGT
- c. Beri minum 12x24 jam, tiap 2 jam sekali, bila masih lapar ditambah ASI atau PASI
- d. Beri minum lewat cangkir per sendok jika keadaan stabil
- e. Bila stabil minum lewat cangkir per sendok, coba menyusui pada ibunya.

**Tabel 2.9** Menurut jumlah cairan IV dan ASI bayi BBL<2500 gram (Sudarti, 2013), adalah:

Pemberian	Umur (hari)						
	1	2	3	4	5	6	7
Kecepatan cairan IV (ml/jam atau tetes mikro/ menit)	4	4	3	3	2	2	0
Jumlah ASI setiap 3 jam	0	0	3	5	8	11	15

5. Berat lahir tidak tergantung kondisi

- a. Beri cairan intravena hanya selama 48 jam pertama
- b. Beri ASI melalui pipa lambung mulai pada hari ke 3 dan kurangi pemberian cairan intravena secara perlahan
- c. Berikan minum 12 kali dalam 24 jam ( setiap 2 jam), apabila bayi telah mendapat minum 160 ml per kg BB per hari, tetapi masih tampak lapar, beri tambahan ASI setiap kali minum.
- d. Lanjutkan pemberian minum menggunakan cangkir atau sendok

- e. Apabila bayi telah mendapatkan minum, baik menggunakan cangkir atau sendok, coba untuk menyusu langsung.

Menurut Sudarti (2013), Kenaikan Berat Badan Pemberian minum setelah 7 hari, antara lain: bayi kehilangan berat badan 1 sampai 10 hari pertama, 10 % untuk BBL > 1500 gram, 15 % untuk BBL < 1500 gram, berat badan lahir tercapai kembali setelah 10 hari dan kenaikan Berat Badan selama 3 bulan seharusnya 150-200 gram seminggu untuk bayi <1500gram dan 200-250 gram seminggu untuk bayi 1500 sampai 2500 gram.

Bila bayi sudah dapat ASI secara penuh pada semua kategori dan sudah berusia 7 hari, (Sudarti, 2013) maka;

- a. Pertambahan ASI sesuai dengan pertambahan BB agar pertambahan ASI tetap 180 ml/kg/hari
- b. Pertambahan jumlah ASI 20 ml/kg/hari sampai tercapai jumlah 180 ml/kg/hari
- c. Apabila kenaikan BB tidak adekuat, pertambahan pemberian ASI 200 ml/kg/hari
- d. Apabila kenaikan BB < jumlah yang sudah ditentukan, maka dalam waktu 1 minggu bayi sudah dapat ASI dan tangani kenaikan BB yang tidak adekuat.

### 3. Suportif

Hal utama yang perlu dilakukan adalah mempertahankan suhu tubuh normal:

- a. Membersihkan jalan napas
- b. Memotong tali pusat dan perawatan tali pusat



- c. Membersihkan badan bayi dengan kapas baby oil/ minyak
- d. Memberikan obat mata
- e. Membungkus bayi dengan kain hangat
- f. Pengkajian keadaan kesehatan pada bayi dengan berat badan lahir rendah
- g. Mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara membungkus bayi dengan menggunakan selimut bayi yang dihangatkan terlebih dahulu
- h. Menidurkan bayi didalam inkubator buatan yaitu dapat dibuat dari keranjang yang pinggirnya diberi penghangat dari buli-buli panas atau botol yang diisi air panas. Buli-buli panas atau botol botol ini disimpan dalam keadaan berdiri tutupannya ada di sebelah atas agar tidak tumpah dan tidak mengakibatkan luka bakar pada bayi. Buli-buli panas atau botol ini pun harus dalam keadaan terbungkus, dapat menggunakan handuk atau kain yang tebal. Bila air panasnya sudah dingin ganti air dengan air panas kembali.
- i. Suhu lingkungan bayi harus dijaga, kamar dapat masuk sinar matahari, jendela dan pintu dalam keadaan tertutup untuk mengurangi hilangnya panas dari tubuh bayi melalui proses radiasi dan konveksi.
- j. Badan bayi harus dalam keadaan kering
- k. Gunakan salah satu cara menghangatkan dan mempertahankan suhu tubuh bayi, seperti kontak kulit ke kulit, kangaroo mother care, pemancar panas, inkubator atau ruangan hangat yang tersedia di tempat fasilitas kesehatan setempat sesuai petunjuk
- l. Jangan memandikan atau menyentuh bayi dengan tangan dingin

- m. Ukur suhu tubuh secara berkala
- n. Yang juga harus diperhatikan untuk penatalaksanaan suportif ini adalah jaga dan pantau patensi jalan napas, pantau kecukupan nutrisi, cairan dan elektrolit.
- o. Bila terjadi penyulit, harus dikoreksi dengan segera (contoh hipotermi, kejang, gangguan napas, hiperbilirubinemia).
- p. Beri dukungan emosional pada ibu dan anggota keluarga lainnya
- q. Anjurkan ibu untuk tetap bersama bayi. Bila tidak memungkinkan, biarkan ibu berkunjung setiap saat dan siapkan kamar untuk menyusui.

#### 4. Pemantauan (monitoring)

- a. Pemantauan saat dirawat
  - 1) Terapi; bila diperlukan terapi untuk penyulit tetap diberikan dan preparat besi sebagai suplemen mulai diberikan pada usia 2 minggu.
  - 2) Tumbuh kembang
    - a) Pantau berat badan bayi secara periodik
    - b) Bayi akan kehilangan berat badan selama 7 sampai 10 hari pertama (sampai 10 % untuk bayi dengan berat lahir  $\geq 1500$  gram dan 15 % untuk bayi dengan berat lahir  $<1500$ ).
    - c) Bila bayi sudah mendapatkan ASI secara penuh (pada semua kategori berat lahir) dan telah berusia lebih dari 7hari: Tingkatkan jumlah ASI dengan 20 ml/ kg/hari sampai tercapai jumlah 10ml/kg/hari, Tingkatkan jumlah ASI sesuai dengan peningkatan berat badan bayi agar jumlah pemerian ASI tetap

180 ml/kg/ hari., Apabila kenaikan berat badan tidak adekuat, tingkatkan jumlah pemberian ASI hingga 200 ml/kg/hari, Ukur berat badan setiap hari, panjang badan dan lingkar kepala setiap minggu.

b. Pemantauan setelah pulang

Diperlukan pemantauan setelah pulang untuk mengetahui perkembangan bayi dan mencegah atau mengurangi kemungkinan untuk terjadinya komplikasi setelah pulang sebagai berikut.

- 1) Sesudah pulang hari ke 2, ke 10, ke 20. Ke 30. Dilanjutkan setiap bulan
- 2) Hitung umur koreksi
- 3) Pertumbuhan, berat badan, panjang badan dan lingkar kepala
- 4) Tes perkembangan, Denver Development Screening Test (DDST).
- 5) Awasi adanya kelainan bawaan
- 6) Mengajarkan ibu/ orangtua cara: membersihkan jalan napas, mempertahankan suhu tubuh, mencegah terjadinya infeksi, dan perawatan bayi sehari-hari : memandikan, perawatan tali pusat, pemberian ASI, dan lainnya.
- 7) Menjelaskan pada ibu (orangtua) : pemberian ASI, makanan bergizi bagi ibu, mengikuti program Keluarga Beencana (KB) segera mungkin.
- 8) Observasi keadaan umu bayi selam 3 hari, apabila tidak ada perubahan atau keadaan umum semakin menurun bayi harus

dirujuk ke rumah sakit. Berikan penjelasan kepada keluarga bahwa anaknya harus dirujuk ke rumah sakit.

Menurut Sudarti (2013), beberapa intervensi untuk masalah yang sering muncul pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), antara lain:

#### 1. Gangguan pola napas

Intervensi, antara lain : pertahankan pola napas efektif, kaji frekwensi pernapasan dan pola napas: berikan posisi sedikit ekstensi, pertahankan suhu optimal, dan berikan rangsangan taktil. , berikan O2 sesuai indikasi, observasi irama, kedalaman dan frekwensi pernapasan, hisap jalan napas sesuai kebutuhan dan kolaborasi pemberian AGD

#### 2. Hipotermi

Intevensi: manajemen lingkungan: berikan penghangat bertahap, berikan pakaian (selimut hangat) dan KMC (Kangaroo Mother Care), monitor suhu, monitor vital sign, berikan terapi O2 terapi sesuai kebutuhan, manajemen cairan.

#### 3. Kebutuhan nutrisi

Intervensi : timbang berat badan setiap hari dalam waktu yang sama, berikan enteral tube feeding dengan porsi kecil tetapi sering, masukkan secara perlahan, berikan ASI atau PASI per oral jika refleks menghisap baik, netek bila keadaan umum bayi stabil, jika oral dan enteral kurang, berikan parenteral nutrisi sesuai program dan berikan vitamin dan mineral sesuai indikasi

#### 4. Potensial Infeksi

Intervensi: observasi tanda-tanda infeksi lokal, observasi ku dan vital sign, jaga kebersihan bayi dan lingkungan (mandikan, bersihkan

perinatal bila kotor), cuci tangan, gunakan sarung tangan selama kontak dengan bayi, lakukan perawatan tali pusat sesuai protokol, berikan asi bila tersedia, berikan jarak yang adekuat antara bayi, pantau pemeriksaan lab : darah sputum, dll dan kolaborasi pemberian antibiotik sesuai program dan kultur.

Menurut Sudarti dan Khoirunnisa (2010) salah satu cara menstabilkan bayi dengan berat badan < 2500 gram terutam direkomendasikan untuk perawatan berkelanjutan bayi dengan berat badan <1800 gram, adalah dengan metode KMC (Kangaroo Mother Care) atau Perawatan Bayi Lekat (PBL). Kangaroo Mother Care (KMC) adalah kontak kulit di antara ibu dan bayi secara dini, terus menerus dan dikombinasi dengan pemberian ASI eksklusif. Tujuannya adalah agar bayi kecil tetap hangat. Dapat dimulai segera setelah lahir atau setelah bayi stabil. KMC dapat dilakukan di rumah sakit atau di rumah setelah bayi pulang. Bayi tetap dapat dirawat dengan KMC meskipun belum dapat menyusu, berikan ASI peras dengan menggunakan salah satu alternatif pemberian minum. Durasi Kangaroo Mother Care, antara lain :

- a. Dijalankan sampai berat badan bayi 2500 gram atau mendekati 40 minggu atau sampai kurang nyaman dengan Kangaroo Mother Care (KMC), misalnya sering bergerak, gerakan ekstremitas berlebihan, dan bila dilakukan KMC lagi bayi menangis.
- b. Bila ibu perlu istirahat, dapat digantikan ayah, saudara atau petugas kesehatan. Bila tidak ada yang menggantikan, bayi diberi pakaian hangat dan topi dan diletakkan di box bayi dalam ruangan yang hangat.

- c. Bila bayi sudah kurang nyaman dengan KMC, anjurkan ibu untuk menyapuh bayi dari KMC, dan dapat melakukan kontak kulit lagi pada waktu bayi sehabis mandi, waktu malam yang dingin atau kapan saja dia menginginkan.

Pakaian dan posisi yang digunakan, antara lain :

- a. Berilah bayi pakaian, topi, popok dan kaos kaki yang telah dihangatkan terlebih dahulu.
- b. Letakkan bayi di dada ibu : dengan posisi tegak langsung ke kulit ibu dan lihat apakah kepala bayi sudah terfiksasi pada dada ibu dan posisikan bayi dalam *frog position* yaitu fleksi pada siku dan tangkai, kepala dan dada bayi terletak di dada ibu dengan kepala agak ekstensi.
- c. Tutupi bayi dengan pakaian ibu ditambah selimut yang sudah dihangatkan sebelumnya. Tidak perlu baju khusus bila baju yang dikenakan sudah cukup hangat dan nyaman selama bayi kontak dengan kulit ibu. Pada waktu udara dingin, kamar harus hangat. Bila baju ibu tidak dapat menyokong bayi, dia dapat menggunakan handuk atau kain (dilipat diagonal dan difiksasi dengan ikatan atau peniti yang aman di baju ibu), kain lebar yang elastis atau kantong yang dibuat sedemikian untuk menjaga tubuh bayi. Dapat pula memakai baju dengan ukuran lebih besar dari badan ibu, bayi diletakkan di antara payudara ibu, baju ditangkupkan. Kemudian ibu memakai selendang yang dililitkan di perut ibu agar bayi tidak jatuh. Ibu dapat bergerak bebas, walau berdiri, duduk, jalan, makan dan mengobrol. Pada waktu tidur, KMC dapat dilaksanakan dengan cara posisi ibu setelah duduk (15'' horizontal)

atau dengan jalan meletakkan beberapa bantal di belakang punggung ibu.

#### **2.2.9 Pencegahan BBLR**

Menurut Pantiawati, (2010), pada kasus bayi berat lahir rendah, pencegahan atau preventif adalah langkah yang paling penting. Hal-hal yang dapat dilakukan, antara lain:

1. Meningkatkan pemeriksaan kehamilan secara berkala, minimal 4 kali selama kehamilan dan dimulai sejak umur kehamilan muda. Ibu hamil yang diduga beresiko, terutama faktor resiko yang mengarah melahirkan bayi berat lahir rendah harus cepat dilaporkan, dipantau dan dirujuk pada institusi pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
2. Penyuluhan kesehatan tentang pertumbuhan dan perkembangan janin, tanda-tanda bahaya selama kehamilan dan perawatan diri selama kehamilan agar mereka dapat menjaga kesehatannya dan janin yang dikandung dengan baik.
3. Hendaknya ibu dapat merencanakan persalinannya pada kurun umur reproduksi sehat (20-34 tahun).
4. Perlu dukungan sektor lain yang terkait untuk turut berperan dalam meningkatkan pendidikan ibu dan status ekonomi keluarga agar mereka dapat meningkatkan akses terhadap pemanfaatan pelayanan antenatal atau status gizi selama hamil.

## 2.3 Manajemen Kebidanan

### 2.3.1 Pengertian

Menurut Varney (1997), manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahap yang logis untuk pengambilan suatu keputusan berfokus pada klien. Sesuai dengan perkembangan pelayanan kebidanan, maka bidan diharapkan lebih kritis dalam melaksanakan proses manajemen kebidanan untuk mengambil keputusan.

### 2.3.2 Prinsip Manajemen kebidanan

Varney (1997), menjelaskan bahwa prinsip manajemen kebidanan adalah *pemecahan masalah*. Beberapa prinsip proses manajemen kebidanan menurut Varney (Estiwadani, dkk 2008), antara lain :

1. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
2. Mengidentifikasi masalah dan membuat diagnosa berdasarkan interpretasi data dasar.
3. Mengidentifikasi kebutuhan terhadap asuhan kesehatan dalam menyelesaikan masalah dan merumuskan tujuan asuhan kesehatan bersama klien.
4. Memberi informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggung jawab terhadap kesehatannya.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif bersama klien.



6. Secara pribadi bertanggung jawab terhadap implementasi rencana individual
7. Melakukan konsultasi, perencanaan dan melaksanakan manajemen dengan berkolaborasi dan merujuk klien untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.
8. Merencanakan manajemen terhadap komplikasi tertentu, dalam situasi darurat dan bila ada penyimpangan dari keadaan normal.
9. Melakukan evaluasi bersama klien terhadap pencapaian asuhan kesehatan dan merevisi rencana asuhan sesuai kebutuhan.

### **2.3.3 Proses Manajemen Kebidanan**

Menurut Estiwidani, dkk (2008), langkah-langkah penerapan manajemen kebidanan, antara lain :

#### **1. Tahap Pengumpulan Data Dasar**

Pada langkah ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnese, pemeriksaan fisik, sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi yang akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya. Sehingga dalam pendekatan ini harus komprehensif meliputi data subyektif, obyektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya dan

valid. Kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat.

## 2. Interpretasi data dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan.

Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa, tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan

Standar nomenklatur diagnosa kebidanan, antara lain: diakui dan telah disahkan oleh profesi, berhubungan langsung dengan praktek kebidanan, memiliki ciri khas kebidanan, didukung oleh clinical judgement dalam praktek kebidanan dan dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

## 3. Mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Pada langkah ini, bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Langkah ini penting sekali

dalam melakukan asuhan yang aman. Pada langkah ketiga ini, bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi. Sehingga langkah ini benar merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Data baru mungkin saja dikumpulkan dan dievaluasi. Beberapa data mungkin mengidentifikasi situasi yang gawat dimana bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan.

Dari data yang dikumpulkan, dapat menunjukkan suatu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari seorang dokter. Situasi lain tidak merupakan kegawatan tetapi memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnosa yang telah diidentifikasi

atau diantisipasi. Pada langkah ini, informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman terhadap masalah seperti apa yang diperkirakan.

#### 6. Pelaksanaan asuhan

Pada tahap ini, rencana asuhan yang menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman.

#### 7. Mengevaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosa dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif, sedangkan sebagian belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian terhadap rencana asuhan tersebut.

## **2.4 Dasar Teori Asuhan Kebidanan Dengan Pendekatan Manajemen Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir Dengan Bayi Berat Lahir Rendah**

### **2.4.1 Langkah 1: Pengkajian Data Subyektif dan Data Obyektif**

Dalam tahap ini data atau fakta yang dikumpulkan adalah data subyektif dan atau data obyektif dari pasien. Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan bayi baru lahir secara lengkap. (Varney, 1997).

#### **A. Data Subyektif**

##### **1. Biodata**

##### **a. Data Anak**

- 1) Nama Bayi: Untuk mengenal dan memanggil dan menghindari terjadinya kekeliruan, Varney (1997).
- 2) Umur: Untuk mengantisipasi diagnosis atau terapi yang diberikan. Varney (1997)
- 3) Jenis kelamin: Untuk mencocokkan jenis kelamin sesuai nama anak. Varney (1997).
- 4) Anak ke: Untuk mengetahui paritas dari orang tua. Varney (1997).

##### **b. Data Orangtua**

- 1) Nama: Untuk mengenal atau memanggil klien serta sebagai penanggung jawab terhadap anak. Varney (1997).
- 2) Umur: Untuk mengetahui umur dari ibu serta suami. Umur ibu sangat berpengaruh dalam kesehatan janin. Varney (1997).

- 3) Suku: Untuk mengetahui dari suku mana ibu berasal dan menentukan cara pendekatan serta pemberian asuhan terhadap anak. Varney (1997).
- 4) Pendidikan: Tingkat pendidikan sangat berpengaruh di dalam tindakan asuhan yang diberikan. Varney (1997).
- 5) Pekerjaan: Jenis pekerjaan dapat menunjukkan tingkat keadaan ekonomi keluarga dan juga mempengaruhi kesehatan. Varney (1997).
- 6) Penghasilan: Untuk mengetahui taraf hidup ekonomi dan berkaitan dengan status gizi pada saat ibu hamil. Varney (1997).
- 7) Alamat: Untuk mempermudah hubungan bila keadaan mendesak dan mudah melakukan kunjungan rumah. Varney (1997).

## 2. Keluhan Utama

Ibu mengatakan hamil.....bulan, anak lahir tanggal.....

Bayinya lahir dengan berat <2500 gram.

3. Riwayat kesehatan sekarang: Untuk mengetahui kondisi bayinya. Varney (1997).
4. Riwayat prenatal, natal dan neonatal
  - a. Prenatal : Untuk mengetahui kondisi ibu selama hamil apakah ada komplikasi atau tidak, HPHT ibu, pemeriksaan kehamilan dimana, berapa kali serta mendapatkan obat apa saja dari petugas kesehatan, penyakit ibu selama hamil, seperti hipertensi,

diabetes melitus, anemia dan toksemia, kenaikan BB selama hamil. Varney (1997).

- b. Natal: Untuk mengetahui cara persalinan, ditolong oleh siapa, apakah ada penyulit, warna air ketuban saat hamil. Varney (1997).
- c. Neonatal: Untuk mengetahui apakah bayi minum ASI atau PASI, berapa berat badan lahir, panjang badan, apakah bayi langsung menangis atau tidak.

#### 5. Riwayat kebutuhan sehari-hari

Yaitu istirahat, eliminasi, dan nutrisi pada bayi baru lahir dengan Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah.

#### B. Data Obyektif

Didapatkan dari pemeriksaan umum, pemeriksaan antropometri, pemeriksaan fisik, pemeriksaan refleks dan pemeriksaan penunjang. Varney (1997).

##### 1. Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum : baik atau lemah
- b) Kesadaran: Composmentis: kesadaran penuh, respon cukup terhadap rangsangan; Apatis: acuh tak acuh terhadap kesadaran sekitar; Somnolen: tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak memberi respon tetapi masih pada rangsangan kuat; Sopor: hanya berespon terhadap rangsangan kuat dengan refleks pupil terhadap cahaya; Koma: tidak ada respon terhadap rangsangan apapun. Varney (1997).

c) Tanda-Tanda Vital (TTV)

Suhu: 36,5-37,5 (Normal). Bila suhu  $<36,5^{\circ}\text{C}$ : Hipotermi dan lebih  $>37,5^{\circ}\text{C}$ : Hipertermi.

HR: 120-160 kali per menit (Normal). Bila HR  $<120$  kali per menit dan  $>160$  kali per menit: asfiksia.

RR: 40-60 kali per menit. Bila RR  $<40$  kali/ menit: Brakipnea dan  $>60$ : Takipnea.

2. Pemeriksaan Antropometri meliputi BB  $\leq 2500$  gram- 4000 gram. PB : 45 CM, LK  $\leq 33$  cm, LD  $\leq 30$  cm

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala: fontanel menonjol atau tidak, fontanel tertekan atau tidak, sutura sagitalis menonjol atau tidak, ada cephal haematoma atau caput succedaneum, lingkar kepala (jika lingkar kepala  $> 3$  cm dari lingkar dada, maka bayi mengalami hidrocefalus, jika lingkar kepala  $< 3$  cm, maka bayi mengalami microcephalus).
- b. Rambut : lanugo masih banyak atau tidak
- c. Jaringan lemak subkutan tipis atau tidak
- d. Tulang rawan daun telinga belum sempurna atau tidak
- e. Frenulum linguae ada atau tidak
- f. Mata terbuka lebar atau tidak
- g. Puting susu belum terbentuk baik atau tidak
- h. Umbilikus kering atau tidak, berwarna kuning kehijauan.



- i. Genitalia belum sempurna, labia minora belum tertutup oleh labia mayora pada perempuan, sedangkan pada laki-laki testis belum turun, dan skrotum belum menutupi testis.

#### **2.4.2 Langkah II : Analisa Masalah dan Diagnosa**

Interpretasi data dasar yang akan dilakukan adalah beberapa data yang ditemukan saat pengkajian BBL dengan diagnosa Nenantus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR).

A. Diagnosa: Bayi Baru lahir dengan NCB/NKB/NLB/SMK/KMK/LMK dengan BBLSR.

DS: Mencantumkan data subyektif yang mendukung diagnosa

DO: Mencantumkan data obyektif yang mendukung adanya diagnosa.

B. Masalah: Masalah yang sering terjadi pada BBLR adalah hipotermi, hipoglikemia, perdarahan intracranial.

#### **2.4.3 Langkah III : ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL**

Untuk mengetahui masalah yang terjadi pada pasien disaat yang akan datang dan sebagai deteksi dini jika terjadi penyulit maupun komplikasi pada bayi. Antisipasi pada bayi BBLR adalah hipotermi, hipertermi dan hipoglikemia, hipoksia, (Varney, 1997).

#### **2.4.4 Langkah IV : IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA**

Untuk memberikan tindakan yang harus segera dilakukan pada pasien untuk mengurangi angka kesakitan dan bahkan kematian pada bayi. Identifikasi tindakan segera adalah jaga kehangatan bayi dan menyusui bayi sedini mungkin, (Varney, 1997).

#### **2.4.5 Langkah V: PERENCANAAN**

Menurut Varney (1997), penyusunan rencana asuhan menyeluruh pada bayi baru lahir dengan Neonatus Kurang Bulan Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah adalah :

1. Berikan suhu lingkungan yang netral
2. Segera periksa dan kerjakan penghisapan lendir
3. Siapkan alat resusitasi untuk mengatasi asfiksia saat kelahiran
4. Penanganan segera terhadap komplikasi
5. Keringkan secepatnya dengan handuk hangat
6. Kain yang basah secepatnya diganti dengan kain kering dan hangat
7. Berikan lingkungan yang hangat dengan cara kontak kulit
8. Beri lampu 60 watt dengan jarak minimal 60 cm pada bayi
9. Kepala bayi ditutupi topi
10. Bila bayi sehat dan dapat menyusu maka biarkan bayi menyusu pada ibu semau bayi.
11. Anjurkan untuk menyusu lebih sering (setiap 2 jam bila perlu)

#### **2.4.6 Langkah VI : PELAKSANAAN**

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman, (Varney, 1997).

#### **2.4.7 Langkah VII : EVALUASI**

Menurut Muslihatum, (2009), evaluasi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keefektifan dan keberhasilan asuhan yang telah diberikan dengan mengacu pada kriteria hasil menggunakan bentuk SOAP sebagai berikut:

S: Subyektif

Berisi tentang data dari pasien melalui anamnese (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung atau informasi dari orangtua.

O : Obyektif

Data yang didapatkan dari hasil obeservasi melalui pemeriksaan umum, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan antropometri

A: Analisa dan Interpretasi

Data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan meliputi diagnosa, antisipasi diagnosis atau masalah potensial serta perlu tindakan segera.

P : Perencanaan

Merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, serta konseling untuk tindak lanjut.

**3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian**

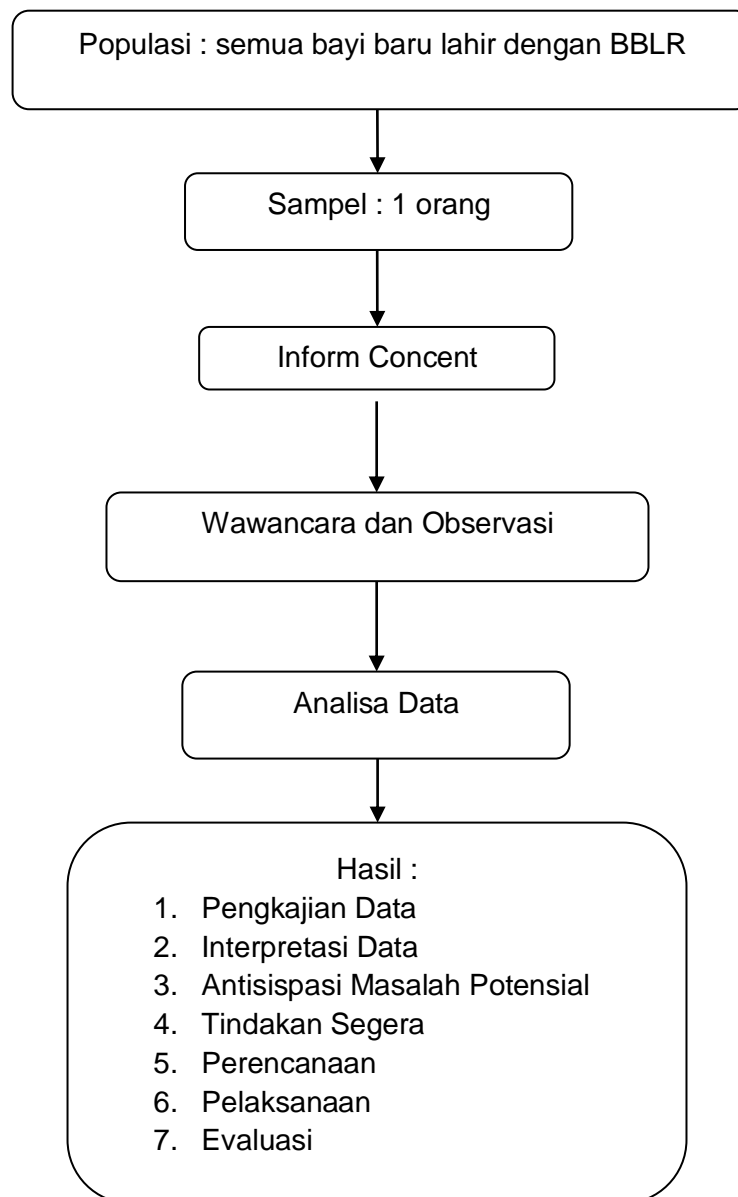
Desain dapat diartikan sebagai rencana, ada pula yang mengatakan sebagai pola, potongan, bentuk, model, tujuan, dan maksud. Desain penelitian adalah rancangan penelitian yang terdiri atas beberapa komponen yang menyatu satu sama lain untuk memperoleh data dan atau fakta dalam rangka menjawab pertanyaan atau masalah penelitian, Lapau (2010).

Jenis penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskripsi berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati dengan menggunakan pendekatan studi kasus (setiadi, 2007). Pada penelitian ini, peneliti mengambil kasus pada bayi yaitu Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah.

**3.2 Kerangka Kerja**

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur penelitian. Penulisan kerangka kerja disajikan dalam bentuk alur penelitian, mulai dari desain penelitian hingga analisis datanya, (Aziz Alimul, 2007). Penelitian ini adalah deskriptif studi kasus dimana pasien yang diambil berjumlah satu orang dengan diagnosa Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR).

**Gambar 3.1** Kerangka kerja dalam penelitian ini, antara lain



### **3.3 Populasi, Sampel dan Sampling**

Populasi, sampel dan sampling menjelaskan tentang populasi yang diteliti, jumlah sampelnya yang digunakan, dan cara pengambilan sampel, (Aziz Alimul, 2007). Dalam penelitian ini tidak dilakukan pengambilan sampel dan penentuan populasi karena penelitian ini mengambil studi kasus sebagai metode penelitian.

### **3.4 Tempat dan Waktu Pelaksanaan Penelitian**

Lokasi penelitian dilaksanakan di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang dan waktu penelitian dari tanggal 21 Juni sampai 08 Juli 2017.

### **3.5 Etika Penelitian**

Menurut Azizi Alimull, (2007), dalam melaksanakan penelitian khususnya jika yang menjadi subyek penelitian dalam manusia, maka peneliti harus memahami hak dasar manusia. Manusia memiliki kebebasan dalam menentukan dirinya, sehingga penelitian yang dilaksanakan benar-benar menjunjung tinggi kebebasan manusia. Beberapa prinsip penelitian pada manusia yang harus dipahami, antara lain:

#### **1. Prinsip Manfaat**

Dengan berprinsip pada aspek manfaat, maka segala bentuk penelitian yang dilakukan memiliki harapan dapat dimanfaatkan untuk kepentingan manusia. Prinsip ini dapat ditegakkan dengan membebaskan tidak memberikan atau menimbulkan kekerasan pada manusia, tidak menjadikan manusia untuk dieksploitasi. Penelitian yang dihasilkan dapat memberikan manfaat dan mempertimbangkan antara aspek resiko dan manfaat, bila penelitian yang dilakukan dapat mengalami dilema etik.

## 2. Prinsip menghormati manusia

Manusia memiliki hak dan makhluk yang mulia yang harus dihormati, karena manusia memiliki hak dalam menentukan pilihan antara mau dan tidak untuk diikutsertakan menjadi subyek penelitian.

## 3. Prinsip Keadalan

Prinsip ini dilakukan untuk menjunjung tinggi keadilan manusia dengan menghargai hak atau memberikan pengobatan secara adil, hak menjaga privasi manusia, dan tidak berpihak dalam perlakuan terhadap manusia.

Menurut Aziz Alimul (2007), masalah etika penelitian kebidanan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian kebidanan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan.

Masalah etika penelitian yang harus diperhatikan, adalah sebagai berikut :

### 1. Inform consent

Inform consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian. dengan memberikan lembar persetujuan. Inform concent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan inform concent adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subyek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam inform concent tersebut adalah partisipasi pasien, tujuannya dilakukan tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial

masalah yang akan terjadi, manfaat kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lainnya.

## 2. Anonimisty (tanpa nama)

Masalah etika kebidanan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data dan hasil penelitian yang akan disiapkan.

## 3. Kerahasiaan (confidentiality)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalh lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.



**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

**4.1 Hasil Penelitian**

**4.1.1 Pengkajian Data**

**A. Data subyektif**

**1. Biodata**

Pada tanggal 21 Juni 2017 pukul 17.00 wita, pasien bayi masuk ruang NICU RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes. Dilakukan pengkajian data dari pasien tersebut. Pasien tersebut adalah bayi Ny. I, jenis kelamin perempuan, lahir pada tanggal 19 Juni 2017 di Rumah Sakit Leona, Dari hasil pengkajian data orangtua pasien tersebut didapatkan bahwa ibunya bernama Ny. I, umur 23 tahun, suku Timor, agama Kristen, pendidikan terakhir SMA dan bekerja sebagai mahasiswa, alamat di Belo. Suami Ny. I bernama Tn. P, umur 30 tahun, suku Timor, beragama Kristen dan pendidikan terakhirnya SMP dan sekarang bekerja sebagai wiraswasta, alamat di Belo.

**2. Riwayat Antenatal**

Hasil pengkajian riwayat antenatal, Ny. I mengatakan bahwa selama hamil tidak pernah memeriksakan kehamilannya di fasilitas kesehatan dan hari pertama haid terakhir ibu pada tanggal 28 Desember 2016.

**3. Riwayat Natal**

Berdasarkan hasil yang didapat dari perhitungan hari pertama haid terakhir Ibu maka didapatkan hasil usia kehamilan Ny. I adalah 24 minggu 5 hari (preterm). Ibu bersalin dengan cara spontan pervaginam

(persalinan normal), di RSIA Leona Kupang ditolong oleh bidan. Berat badan lahir bayi 1100 gram, panjang badan 40 cm. Bayi Ny. I sudah dirawat di RSIA Leona selama 2 hari. Karena mengalami gangguan napas, maka bayi, Ny. I dirujuk ke RSUD W. Z. Johannes Kupang.

## B. Data Obyektif

### 1. Pemeriksaan Umum

Dari hasil pemeriksaan yang dilakukan, keadaan umum pasien lemah, kesadaran: composmentis. Pemeriksaan antropometri berat badan: 1100 gram, panjang badan: 40 cm, lingkaran kepala: 31 cm dan lingkaran dada 29 cm. Dari hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada bayi didapatkan hasil pengukuran suhu 35,6°C, frekwensi pernapasan 46 kali per menit, dan frekwensi denyut jantung 122 kali per menit. Selanjutnya dari pemeriksaan fisik didapatkan hasil yaitu hasil pemeriksaan inspeksi dan palpasi, didapatkan bahwa bayi terbungkus plastik. pada kepala dan ubun-ubun simetris, keadaan kulit kepala bersih, tidak ada hidrosefalus, tidak ada caput succedaneum, tidak ada cephal haematoma, dan tidak ada molase. Wajah simetris, tidak ada oedema dan tidak ada kelainan. Pada mata konjungtiva tampak tidak anemis, sclera tampak tidak ikterus. Letak hidung simetris, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada polip, tidak ada secret dan pada hidung terpasang O<sub>2</sub>. Kedua telinga simetris, ujung daun telinga sejajar dengan mata, lubang telinga ada. Mulut terletak di tengah, bibir lembab, mukosa mulut lembab, tidak ada labioskisis dan labiopalatoskisis dan terpasang *Oral Gastric Tube* (OGT). Dada dan Payudara simetris, tidak ada retraksi dinding dada. Pada paru-paru terdengar bunyi bronchial, dengan dengan frekwensi

122 kali per menit. Pada abdomen tidak ada pembesaran, tidak ada perdarahan tali pusat. Pemeriksaan pada genitalia, klitoris menonjol, labia mayora belum menutupi labia minora. Pada anus tidak ada atresia ani. Ekstremitas atas & bawah: simetris, tidak ada polidaktil dan silidaktil, akral dingin, dan pada kaki kanan terpasang infus.

#### **4.1.2 Identifikasi Masalah dan Diagnosa**

Dari hasil pengkajian data subyektif dan data obyektif didapatkan yaitu data subyektif Ibu mengatakan bayinya lahir pada tanggal 19 Juni 2017 jenis kelamin Perempuan, dengan berat badan 1100 gram dan data data obyektif didapatkan kesadaran composmentis, keadaan umum lemah. Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, antara lain : Nadi : 122 kali per menit, Suhu : 35,6° C, RR : 46 kali per menit dan pemeriksaan antropometri, berat badan 1100 gram, panjang badan 40 cm, lingkar kepala 31 cm dan lingkar dada 29 cm. Berdasarkan data yang ada, diagnosa yang didapat adalah Neonatus Kurang bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR). Masalah yang terjadi adalah hipotermi. Ditentukan berdasarkan hasil pengukuran tanda vital yaitu suhu 35, 6°C dan keadaan akral dingin.

#### **4.1.3 Antisipasi Masalah Potensial**

Antisipasi masalah potensial yang akan terjadi pada bayi Ny. I yaitu Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah, antara lain hipotermi, hipertermi, hipoglikemia dan hipoksia. Antisipasi masalah potensial dengan masalah hipotermi pada bayi Ny. I yaitu Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan

Bayi Berat Lahir Sangat Rendah adalah hipoglikemia dan gangguan pola napas.

#### **4.1.4 Tindakan Segera**

Tindakan segera yang perlu dilakukan pada bayi Ny. I adalah untuk mencegah terjadinya hipotermi, hipertermi, hipoglikemia dan hipoksia. antara lain mempertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal (36,5-37,5) °C, melalui pemantau suhu tubuh bayi setiap 2 jam atau setiap kali diperlukan dan menempatkan bayi di bawah penghangat radian atau inkubator, serta menghindari bayi kontak dengan sumber panas atau sumber dingin. Hindari juga udara panas atau dingin, memberikan alat bantuan pernapasan yaitu memberikan oksigen, dan mengupayakan pencegahan infeksi dari lingkungan dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi dan melakukan tindakan kolaborasi dengan dokter untuk penanganan tindakan selanjutnya.

#### **4.1.5 Intervensi**

Perencanaan tindakan pada Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) pada tanggal 21 Juni 2017, jam 17.30 adalah.

1. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi bayi. Rasionalnya adalah ibu dan keluarga berhak mengetahui kondisi bayi agar lebih kooperatif dalam pemberian asuhan yang diberikan.
2. Observasi tanda-tanda vital bayi. Rasionalnya adalah Untuk mengidentifikasi tanda patologis yang mungkin terjadi pada bayi.
3. Observasi tanda –tanda infeksi pada bayi. Rasionalnya adalah Bayi dengan berat badan lahir rendah potensial terkena infeksi

4. Rawat bayi dengan teknik aseptik. Rasionalnya adalah agar tidak terjadi infeksi pada bayi
5. Pertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal yaitu 36,5-37,5° C. Rasionalnya adalah hipotermi membuat bayi cenderung pada stres dingin.
6. Timbang berat badan setiap hari dalam waktu yang sama. Rasionalnya adalah Untuk mengevaluasi perubahan/ kenaikan berat badan bayi
7. Lakukan tindakan kolaborasi dengan dokter tentang kondisi bayi untuk mendapatkan asuhan selanjutnya. Rasionalnya sebagai bentuk tindakan kolaborasi dalam pemberian asuhan.
8. Dokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan. Rasionalnya sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugat dalam setiap tindakan yang telah dilakukan.

Masalah Hipotermi, maka intervensi yang dilakukan, antara lain: Lakukan beberapa tindakan untuk mencegah kehilangan panas yang disebabkan karena tidak mengeringkan bayi dengan segera, menempatkan bayi pada tempat tidur yang tidak dihangatkan sebelumnya dengan sumber panas yang radian, membiarkan tempat tidur berada dekat aliran udara dan ventilasi, dan tidak menyelimuti bayi. Rasionalnya untuk menjaga agar bayi tetap hangat dan untuk mencegah kehilangan panas melalui radiasi, evaporasi, konveksi dan konduksi.

#### **4.1.6 Implementasi**

Pelaksanaan asuhan yang diberikan pada bayi Ny. I pada tanggal 21 Juni 2017, jam 17.40 dengan diagnosa Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR):

1. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi bayi. Monitoringnya : Keadaan bayi lemah, BB: 1100 gram, panjang badan: 40 cm, lingkaran kepala: 31 cm dan lingkaran dada 29 cm. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
2. Mengobservasi tanda-tanda vital bayi. Monitoringnya: Nadi : 122 kali per menit, Suhu :35,6°C, RR: 46 kali per menit. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan
3. Mengobservasi tanda-tanda infeksi pada bayi, seperti ketidakstabilan suhu, (hipotermi atau hipertermi), letargis atau perubahan perilaku, distress pernapasan (apnea, sianosis atau takipnea), ikterik petekie, ongesti nasal, atau drainase dari mata atau umbilikus. Sudah dilakukan pemantauan tanda-tanda infeksi pada bayi. Monitoringnya Sudah dilakukan pemantauan tanda-tanda infeksi pada bayi.
4. Merawat bayi dengan teknik aseptik, seperti tingkatkan cara-cara mencuci tangan pada staf, orangtua, dan pekerja lain pre protokol. Gunakan antiseptik sebelum membantu dalam melakukan tindakan. Monitoringnya: sudah dilakukan cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi.
5. Mempertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal yaitu 36,5 sampai 37,5°C, tempatkan bayi dalam penghangat, isolette, inkubator, tempat tidur terbuka dengan penyebar hangat, atau tempat tidur bayi yang lebih besar. Gunakan bantal pemanas dibawah bayi bila perlu, dalam hubungannya dengan tempat tidur terbuka atau isolette. Monitoringnya: bayi sudah dalam keadaan hangat.

6. Menimbang berat badan setiap hari dalam waktu yang sama. Bila penambahan berat badan tidak adekuat, tingkatkan suhu lingkungan sesuai indikasi. Monitoringnya: sudah dilakukan penimbangan berat badan.
7. Melakukan Tindakan konsultasi dengan dokter tentang kondisi bayi untuk mendapatkan asuhan selanjutnya. Monitoringnya: hasil advise dokter adalah Pemberian Infus Glukosa 10 % 120 cc/ kg BB/ 24 jam, Ampicilin 2 x 55 mg, Gentamicin 1 x 5 mg/ 48 jam, Melakukan pemeriksaan Laboratorium untuk pemeriksaan Darah Lengkap (Hemoglobin 19,6 g/dL, Jumlah eritrosit  $6,93 \times 10^6/\mu\text{L}$  dan hematokrit 57,6%) , GDP (11mg/dL), CRP (Positif 6 mg/dL), Pemberian 02  $\frac{1}{2}$  liter per menit. Sudah dilakukan tindakan dan pemberian terapi sesuai dengan anjuran dokter
8. Mendokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan. Monitoringnya: sudah dicatat pada buku register.

Masalah Hipotermi, maka intervensi yang dilakukan, antara lain: Melakukan beberapa tindakan untuk mencegah kehilangan panas yang disebabkan radiasi, evaporasi, konveksi dan konduksi. Antara lain: mengeringkan bayi dengan segera, tempatkan bayi pada tempat tidur yang telah dihangatkan sebelumnya dengan sumber panas yang radiasi, untuk segala tindakan perawatan dan prosedur yang dilakukan di atasnya. Jauhkan tempat tidur dari aliran udara dan ventilasi, jaga agar bayi tetap diselimuti saat tidak digendong tutupi kepala dengan penutup kepala atau letakkan di bawah penghangat radiasi yang disertai dengan alat pengukur suhu.

**Catatan perkembangan pada Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah di ruang NICU RSUD**

**Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang**

Pada hari Kamis tanggal 22 Juni 2017, keadaan umum bayi baik. Therapy : infant warmer, bayi puasa, gerak lemah, menangis, tidak ikterik, tali pusat tidak berdarah, Pada kaki kanan terpasang infus D 10 % 6 tetes per menit, pada hidung terpasang O2 1 liter per menit. Umur bayi Ny. I 3 hari. P. Asuhan yang diberikan pada bayi Ny I, antara lain pada pukul 07.00 wita mencuci tangan 6 langkah dengan sabun dan air mengalir, lalu mengeringkan dengan handuk yang bersih dan kering sebelum merawat bayi, agar mencegah terjadinya infeksi; pada pukul 07.05 wita mengobservasi ku bayi dan TTV. Bayi di rawat di infant warmer. Keadaan umum bayi baik, TTV: S: 36° 0C, HR: 148 kali per menit, RR: 50 kali per menit. , bayi tidak sianosis, gerak lemah, Pada kaki kanan bayi terpasang infus D 10 %, Pada hidung terpasang O2 1 liter per menit; pada pukul 08.00 wita mengontrol cairan infus yang terpasang untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit yang dibutuhkan bayi. Infus jalan baik; pada pukul 09.00 wita mengobservasi kedaan bayi. Keadaan umum bayi baik; pada pukul 10.00 wita melayani injeksi ampicilin 55 mg IV. Tidak ada tanda-tanda alergi; pada pukul 11.00 wita mengobservasi ku bayi dan TTV. Bayi di rawat di infant warmer. Keadaan umum bayi baik, TTV: S: 36,5° 0c, HR : 140 kali per menit, RR : 52 kali per menit. , bayi tidak sianosis, gerak lemah, Pada kaki kanan bayi terpasang infus D 10 %, Pada hidung terpasang O2 1 liter per menit; Pada Pukul 12.00 wita mengobservasi infus. Jalan baik, tidak aa haematoma; Pada Pukul 13.00 wita menyambung cairan infus D 10 %; Pada pukul 14.00 wita mengobservasi



keadaan umum bayi tidak sianosis, bayi lemah, S: 36°C, RR: 40 kali per menit, HR: 144 kali per menit.

Pada hari Jumat tanggal 23 Juni 2017, keadaan umum baik. Therapy : infant warmer,puasa gerak lemah , menangis, sesak, tidak ikterik, Pada kaki kanan bayi terpasang infus D 10 % 6 tpm, pada hidung terpasang O2 1 liter per menit, pada mulut terpasang OGT. Umur bayi Ny. I 4 hari. Asuhan yang diberikan pada bayi Ny. I adalah pada pukul 07.00 wita mencuci tangan 6 langkah dengan sabun dan air mengalir, lalu mengeringkan dengan handuk yang bersih dan kering sebelum merawat bayi, agar mencegah terjadinya infeksi; Pada pukul 07.10 wita mengobservasi ku bayi dan TTV. Keadaan umum baik, tidak sesak, Pada mulut terpasang OGT, Pada hidung terpasang O2 1 liter per menit, Pada kaki kanan bayi terpasang infus D 10 % TTV: S: 37,4 0C, HR : 140x/ menit, RR : 48 x/menit. Sudah dilakukan observasi pada bayi; pada pukul 08.00 wita memonitor infus, O2 , jalan baik; pada pukul 09.00 wita mengobservasi keadaan bayi, tidak sesak, tidak sianosis; pada pukul 10.00 wita melayani ijeksi ampicilin 55 mg/ IV; pada pukul 11.00 wita mengukur tanda-tanda vital, s: 37,6°C, RR: 40 kali/ menit, danHR: 148 kali/ menit; pada pukul 12.00 wita mengontrol cairan infus, jalan baik.Telah dilakukan; pada pukul 14.00 wita mengobservasi keadaan bayi, tidak sesak, tidak sianosis, terpasang O2 1 literper menit.

Pada hari sabtu tanggal 24 Juni 2017, keadaan umum bayi baik. Therapy : infant warmer,puasa gerak lemah , menangis, tidak sesak , tidak ikterik, pada kaki kanan terpasang infus D 10 % 6 tpm,Pada hidung terpasang O2 1 lpm, Pada mulut terpasang OGT. Bayi Ny. I berumur 5 hari. Asuhan yang diberikan pada bayi Ny. I, antara lain pada pukul 14.00 wita

mencuci tangan 6 langkah dengan sabun dan air mengalir, lalu mengeringkan dengan handuk yang bersih dan kering Sebelum merawat bayi, agar mencegah terjadinya infeksi, pada pukul 14.20 wita mengobservasi ku bayi dan TTV. Keadaan umum bayi baik, TTV: S: 36,9 0C, HR : 140 kali per menit, RR 48 kali per menit. Sudah dilakukan observasi pada bayi; pada pukul 15.00 wita mengontrol infus, jalan baik. Mengontrol O2 , jalan baik, keadaan umum bayi lemah, tidak sesak; pada pukul 15.15 wita menghubungi orangtua untuk mengantar ASI; pada pukul 16.00 wita mengontrol bayi, tidak sesak, keadaan umum lemah, tidak sianosis; pada pukul 17.00 wita mengukur tanda-tanda vital, S: 36,7<sup>o</sup> C, HR: 136 kali per menit, RR: 48 kali per menit; pada pukul 17.20 wita memindahkan bayi ke infant warmer untuk dilakukan tindakan pengambilan darah vena; pada pukul 17.30 wita mengambil darah vena untuk cek bilirubin total, bilirubin direct dan cross darah; pada pukul 18.00 wita mengantar sampel darah ke laboratorium untuk pemeriksaan bilirubin total, bilirubin direct dan cross darah; pada pukul 19.00 wita mengobservasi keadaan umum bayi, tidak sesak, tidak sianosis; pada pukul 20.00 wita mengaff infus karena haematoma dan memasang ulang. Telah berhasil memasang infus; pada pukul 21.00 wita menyambung cairan infus. Mengobservasi keadaan umum bayi, keadaan lemah, tidak sianosis, Aff O2 karena ada perdarahan pada hidung. Pada hari minggu tanggal 25 Juni 2017 bayi Ny. I masih dirawat di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang

#### 4.1.7 Evaluasi

Hasil evaluasi pada tanggal 24 Juni 2017 Oktober, Jam 14.00 WITA, pada bayi Ny. I dengan diagnosa Neonatus Kurang Bulan, Sesuai masa kehamilan dengan Berat Bayi Lahir Sangat Rendah (BBLSR):

S: Ibu mengatakan senang karena bayinya sudah mendapatkan perawatan lanjutan dan ibu mengatakan sudah mengerti tentang penjelasan dari petugas kesehatan.

O: Kesadaran: Composmentis, keadaan umum: baik, 36,9 °C, HR : 140 kali per menit, RR 48 kali per menit.

A: Observasi tanda-tanda vital bayi, observasi tanda –tanda infeksi pada bayi, rawat bayi dengan teknik aseptik, lakukan perawatan bayi sehari-hari, timbang berat badan setiap hari dalam waktu yang sama.

P:

1. Observasi tanda-tanda vital bayi
2. Observasi tanda –tanda infeksi pada bayi
3. Rawat bayi dengan teknik aseptik
4. Lakukan perawatan bayi sehari-hari
5. Timbang berat badan setiap hari dalam waktu yang sama
6. Kolaborasi dengan dokter

Masalah hipotermi:

S: -

O: S: 35,6 °, akral dingin

A: hipotermi

P: Tempatkan bayi pada tempat tidur yang telah dihangatkan, jauhkan tempat tidur dari aliran udara dan ventilasi, jaga agar bayi tetap diselimuti saat

tidak digendong tutupi kepala dengan penutup kepala atau letakkan di bawah penghangat radian yang disertai dengan alat pengukur suhu.

## **4.2 Pembahasan**

### **4.2.1 Pengkajian Data**

Menurut Varney (1997), dalam tahap ini data atau fakta yang dikumpulkan adalah data subyektif dan atau data obyektif dari pasien. Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan bayi baru lahir secara lengkap.

#### **A. Data Subyektif**

Data subyektif yang dikumpulkan pada kasus bayi Ny. I Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan Dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah adalah biodata bayi, antara lain nama bayi, umur, jenis kelamin, anak ke dan data orangtua yaitu nama, umur, suku, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan alamat. Selain itu, dilakukan pengkajian riwayat prenatal dan natal. Pada Kasus bayi Ny. I, Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah diperoleh data bahwa Tn. P sebagai seorang wiraswasta dengan pendidikan terakhir SMP, dan Ny. I sebagai seorang mahasiswa. Status perkawinan Ny. I dan Tn. P adalah perkawinan tidak sah (hamil di luar nikah).

Menurut Marmi (2011), menemukan prevalensi yang meningkat bayi dengan BBLR pada ibu yang mengalami kekerasan selama hamil. Kebanyakan wanita hamil yang mengalami kekerasan adalah karena pendidikan yang rendah dan hamil di luar nikah. jika kehamilan tidak

diharapkan (hamil di luar nikah), secara otomatis ibu akan sangat membenci kehamilannya, sehingga tidak ada keinginan untuk melakukan hal-hal yang positif yang akan meningkatkan kesehatan bayinya. Dan pada kehamilan di luar nikah, hampir bisa dipastikan bahwa pasangan masih belum siap dalam hal ekonomi. Menurut Pantiawati (2010), salah satu penyebab terjadinya bayi dengan berat badan lahir rendah adalah golongan ekonomi yang rendah. Menurut Marmi (2011), tingkat sosial ekonomi terbukti sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan fisik dan psikologis pada ibu hamil. Pada ibu hamil dengan tingkat sosial ibu hamil yang baik otomatis akan mendapatkan kesejahteraan fisik dan psikologis yang baik pula. Status gizi pun akan meningkat karena nutrisi yang didapatkan berkualitas, selain itu, ibu tidak akan terbebani secara psikologis mengenai biaya persalinan dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari setelah bayi lahir. Sementara pada ibu hamil dengan kondisi ibu hamil yang lemah akan mendapatkan banyak kesulitan terutama masalah pemenuhan kebutuhan primer. Pemenuhan kebutuhan nutrisi yang adekuat sangat mutlak dibutuhkan oleh ibu hamil agar dapat memenuhi kebutuhan nutrisi bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi yang dikandungnya dan persiapan fisik ibu untuk menghadapi persalinan dengan aman. Pemenuhan gizi seimbang selama hamil akan meningkatkan kondisi kesehatan bayi dan ibu. Kekurangan gizi selama kehamilan tentu saja akan menyebabkan akibat yang buruk bagi si ibu dan janinnya. Ibu dapat menderita anemia, sehingga suplai darah yang mengantarkan oksigen dan makanan pada janinnya akan terhambat sehingga janin akan

mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangannya. Jadi, dapat disimpulkan status sosial ekonomi dan pendidikan merupakan faktor resiko untuk melahirkan bayi dengan berat lahir yang rendah dan hal ini sesuai pada kasus bayi Ny. I.

## **B. Data Obyektif**

Menurut Varney, (1997) data obyektif didapatkan dari pemeriksaan umum, pemeriksaan antropometri, pemeriksaan fisik, pemeriksaan refleks dan pemeriksaan penunjang.

Pada kasus bayi Ny. I, Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah, data obyektif yang diperoleh melalui pemeriksaan fisik dan antropometri, antara lain : BB : 1100 gr, PB : 40 cm, lingkar kepala: 31 cm, lingkar dada : 29 cm. Pada pemeriksaan fisik yaitu kepala simetris, tidak ada kelainan (caput succedaneum, cephal haematoma dan hidrocefalus), pada wajah simetris, tidak ada oedema, mata tampak simetris, conjungtiva tampak tidak anemis, sclera tampak tidak ikterus, hidung bersih, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada polip, tidak ada secret, telinga simetris, ujung daun telinga sejajar dengan mata, mulut simetris, bibir lembab, mukosa mulut lembab, tidak ada kelainan (labioschizis dll), dada dan Payudara simetris, tidak ada tarikan dinding dada, abdomen bersih, tidak ada pembesaran abdomen, tidak ada kelainan (hepatomegali, cardiomegali), genetalia tidak ada kelainan, labia mayora belum menutupi labia minora, anus: tidak ada kelainan (atresia ani, dll), ekstremitas atas & bawah, simetris, tidak ada oedema, Jumlah jari lengkap, tidak ada polidaktili, sindaktili, akral dingin. Hal Ini sesuai

dengan karakteristik Bayi Berat Lahir Rendah menurut Pantiawati (2010), antara lain prematuritas murni memiliki karakteristik berat badan kurang dari 2500 gram, PB 45 cm, lingkar kepala kurang dari 33 cm, lingkar dada kurang dari 30 cm, masa gestasi kurang dari 37 minggu, kulit tipis dan transparan, tampak mengkilat dan licin, kepala lebih besar dari badan, lanugo banyak terutama pada dahi, pelipis, telinga dan lengan, lemak subkutan kurang, ubun-ubun dan sutura lebar, rambut tipis, halus, tulang rawan dan daun telinga immature, puting susu belum terbentuk dengan baik, pembuluh darah kulit banyak terlihat peristaltik, usus dapat terlihat, genitalia belum sempurna, labia minora belum tertutup oleh labia mayora, bayi masih posisi fetal, pergerakan kurang dan lemah, otot masih hipotonik , banyak tidur, tangis lemah, pernapasan belum teratur dan sering mengalami serang apnea, reflek tonic neck lemah, refleks menghisap dan menelan belum sempurna. Jadi, berdasarkan karakteristik Bayi Berat Lahir Rendah menurut Pantiawati (2010), sesuai dengan kasus yang ada pada bayi Ny. I Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah.

#### **4.2.2 Identifikasi Masalah / Diagnosa**

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa, tetapi tetap membutuhkan penanganan, (Estiwidani, dkk 200).

Diagnosa ditentukan dari data subyektif (mencantumkan data subyektif yang mendukung) dan data obyektif (mencantumkan data obyektif yang mendukung adanya diagnosa).

Pada kasus ini, dari hasil pengkajian data subyektif berdasarkan hari pertama haid terakhir ibu yaitu 28 Desember 2017 diperoleh usia kehamilan ibu yaitu 24 minggu 5 hari. Dari hasil pengkajian obyektif diperoleh berat badan lahir bayi yaitu 1100 gram.

Menurut Marmi dan Rahardjo (2012), klasifikasi bayi berdasarkan usia kehamilan, preterm (kehamilan kurang bulan) adalah masa gestasi kurang dari 37 minggu (259 hari); sedangkan klasifikasi bayi menurut berat lahir, yaitu berat lahir rendah, apabila berat lahir kurang dari 2500 gram. Menurut Pantiawati (2010), Bayi Berat Lahir Rendah diklasifikasikan menjadi 3, antara lain bayi berat badan lahir amat sangat rendah, yaitu bayi yang lahir dengan berat badan < 1000 gram, bayi berat badan lahir sangat rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan < 1500 gram, bayi berat badan lahir cukup rendah adalah bayi yang lahir dengan berat badan 1501 sampai 2500 gram. Jadi, berdasarkan kasus pada bayi Ny. I dan klasifikasi berat badan terhadap usia kehamilan, maka diagnosa yang ditetapkan adalah Neonatus Kurang bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan BBLSR.

Masalah kebidanan yang terjadi adalah hipotermi, dimana berdasarkan hasil pengukuran suhu, diperoleh suhu tubuh bayi 35,6°C dan keadaan akral dingin. Menurut Pantiawati (2010), hipotermi dapat terjadi karena kemampuan untuk mempertahankan panas dan kesanggupan menambah produksi panas sangat terbatas karena pertumbuhan otot-otot yang belum cukup memadai, lemak subkutan yang sedikit, belum matangnya sistem



saraf pengatur suhu tubuh, luar permukaan tubuh relatif lebih besar dibandingkan dengan berat badan sehingga mudah kehilangan panas. Jadi pada kasus bayi Ny. I, sesuai dengan teori yang ada bahwa bayi dengan berat lahir rendah berpotensi terjadi hipotermi.

#### **4.2.3 Antisipasi Masalah Potensial**

Menurut Varney (1997), masalah yang sering muncul pada Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), antara lain: hipotermi, hipertermi, hipoglikemia dan hipoksia. Berdasarkan hal tersebut, maka potensi masalah yang akan terjadi pada bayi Ny. I adalah hipotermi, hipertermi, hipoglikemia dan hipoksia.

Pada langkah ini perlu diketahui untuk mengetahui masalah yang terjadi pada pasien disaat yang akan datang dan sebagai deteksi dini jika terjadi penyulit maupun komplikasi pada bayi. Menurut Marmi dan Rahardjo, (2012), hipotermi yang terjadi pada neonatus dapat menyebabkan hipoglikemia. Akibat dari suhu tubuh yang rendah, metabolisme jaringan akan meningkat dan berakibat lebih mudah terjadi asidosis metabolik berat sehingga kebutuhan oksigen akan meningkat. Jadi pada kasus ini, sesuai dengan teori bahwa hipotermia merupakan salah satu masalah potensial yang terjadi pada bayi dengan berat lahir rendah.

#### **4.2.4 Tindakan Segera**

Untuk memberikan tindakan yang harus segera dilakukan pada pasien untuk mengurangi angka kesakitan dan bahkan kematian pada bayi. Tindakan segera yang sudah dilakukan pada Ny. I, menjaga kehangatan suhu tubuh bayi. Jadi pada kasus bayi Ny. I sesuai dengan konsep yang ada bahwa menjaga kehangatan tubuh bayi merupakan salah satu pencegahan

terjadinya hipotermi, karena hipotermi merupakan salah satu masalah yang rentan terjadi pada bayi dengan berat lahir rendah. Identifikasi tindakan segera adalah jaga kehangatan bayi dan menyusui bayi sedini mungkin, (Varney, 1997).

#### **4.2.5 Intervensi**

Menurut Varney (1997), penyusunan rencana asuhan menyeluruh pada bayi baru lahir dengan NKB-SMK dengan BBLR adalah berikan suhu lingkungan yang netral, segera periksa dan kerjakan penghisapan lendir, siapkan alat resusitasi untuk mengatasi asfiksia saat kelahiran, penanganan segera terhadap komplikasi, keringkan secepatnya dengan handuk hangat, kain yang basah secepatnya diganti dengan kain kering dan hangat, berikan lingkungan yang hangat dengan cara kontak kulit, beri lampu 60 watt dengan jarak minimal 60 cm pada bayi, kepala bayi ditutupi topi, bila bayi sehat dan dapat menyusu maka biarkan bayi menyusu pada ibu semau bayi, anjurkan untuk menyusu lebih sering (setiap 2 jam bila perlu). Pada kasus bayi Ny. I, perencanaan asuhan yang dibuat adalah observasi tanda-tanda vital bayi, observasi tanda –tanda infeksi pada bayi, rawat bayi dengan teknik aseptik, pertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal yaitu  $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ , timbang berat badan setiap hari dalam waktu yang sama, dokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan. Jadi, perencanaan asuhan yang dilakukan pada bayi Ny. I sesuai dengan konsep intervensi untuk bayi dengan berat lahir rendah.

#### **4.2.6 Implementasi**

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman, (Varney, 1997). Pada kasus bayi Ny. I, adapun pelaksanaan asuhan

berdasarkan perencanaan yang telah dibuat, tidak ada hambatan dalam pelaksanaan asuhan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Jadi, implementasi yang dilakukan pada bayi Ny. I sudah dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat.

#### **4.2.7 Evaluasi**

Pada kasus bayi Ny. I, Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi berat Lahir Sangat Rendah telah dilakukan asuhan kebidanan. Ku bayi baik, hipotermi teratasi. Asuhan yang telah diberikan telah dilaksanakan secara efektif dan efisien sesuai dengan konsep asuhan yang dibuat. Menurut Muslihatum, (2009), evaluasi dilakukan untuk mengetahui sejauh mana keefektifan dan keberhasilan asuhan yang telah diberikan dengan mengacu pada kriteria hasil menggunakan bentuk SOAP. Jadi, hal ini sesuai dengan konsep dan pelaksanaan asuhan yang diberikan.

### **5.1 Simpulan**

Berdasarkan pembahasan pada bab sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa:

1. Dari pengkajian data bayi Ny. I diketahui bahwa bayi Ny. I adalah anak pertama. berusia 2 hari (lahir pada tanggal 19 Juni 2017) dengan keadaan umum bayi lemah, dengan berat badan lahir 1100 gram. Hari pertama haid terakhir Ibu dari By. Ny. I yaitu pada tanggal 28 Desember 2016 didapatkan bahwa usia kehamilan Ny. I adalah 24-25 minggu (preterm).
2. Dari interpretasi data yang didapatkan dapat ditegakkan diagnosa bayi Ny. I yaitu "Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan Dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)". Pada Byi Ny. I didapatkan masalah hipotermi yaitu dengan suhu tubuh  $35,6^{\circ}\text{C}$  dan keadaan akral dingin.
3. Antisipasi Masalah potensial yang terjadi pada bayi Ny. I adalah hipotermi, hipertermi, hipoglikemia dan hipoksia. Antisipasi masalah potensial pada bayi Ny. I dengan hipotermi adalah terjadinya hipoglikemia dan gangguan pola napas.
4. Tindakan segera yang perlu dilakukan pada bayi Ny. I adalah untuk mencegah terjadinya hipotermi, hipertermi, hipoglikemia dan hipoksia. antara lain mempertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal ( $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ ), melalui pemantau suhu tubuh bayi setiap 2 jam atau setiap kali diperlukan dan menempatkan bayi di bawah penghangat radian atau inkubator, dan mengupayakan pencegahan infeksi dari lingkungan dan melakukan tindakan

kolaborasi dengan dokter untuk penanganan tindakan selanjutnya. Tindakan segera pada bayi Ny. I dengan hipotermi, antara lain: memberikan penghangat bertahap, memberikan pakaian atau selimut hangat, monitor suhu dan monitor vital sign.

5. Rencana asuhan yang diberikan pada bayi Ny. I dengan berat badan lahir sangat rendah adalah jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi bayi, observasi tanda-tanda vital bayi, observasi tanda –tanda infeksi pada bayi, rawat bayi dengan teknik aseptik, pertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal yaitu 36,5-37,5°C, timbang berat badan setiap hari dalam waktu yang sama, lakukan tindakan kolaborasi dengan dokter untuk mendapatkan asuhan selanjutnya dan dokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan. Sedangkan rencana asuhan pada bayi Ny. I dengan masalah Hipotermi adalah lakukan beberapa tindakan untuk mencegah kehilangan panas yang disebabkan radiasi, evaporasi, konveksi dan konduksi.
6. Pelaksanaan asuhan yang diberikan pada bayi Ny. I sesuai rencana asuhan yang telah dibuat, antara lain menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi bayi bahwa BB: 1100 gram, panjang badan: 40 cm, lingkar kepala: 31 cm dan lingkar dada 29 cm.. Keadaan bayi masih lemah; mengobservasi tanda-tanda vital bayi, Nadi : 122 x/menit, Suhu :35,6 °C, RR: 46 x/menit; mengobservasi tanda –tanda infeksi pada bayi, seperti ketidakstabilan suhu, (hipotermi atau hipertermi), letragis atau perubahan perilaku, distres pernapasan (apnea, sianosis atau takipnes), ikterik petekie, ongesti nasal, atau drainase dari mata atau umbilikus; merawat bayi dengan teknik aseptik, seperti tingkatkan cara-cara mencuci tangan pada staf, orangtua, dan pekerja lain pre protokol. Gunakan antiseptik sebelum membantu dalam melakukan

tindakan; mempertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal yaitu 36,5-37,5° C, tempatkan bayi dalam penghangat, isolette, inkubator, tempat tidur terbuka dengan penyebar hangat, atau tempat tidur bayi yang lebih besar. Gunakan bantal pemanas dibawah bayi bila perlu, dalam hubungannya dengan tempat tidur terbuka atau isolette; menimbang berat badan setiap hari dalam waktu yang sama. Bila penambahan berat badan tidak adekuat, tingkatkan suhu lingkungan sesuai indikasi; melakukan Tindakan kolaborasi dengan dokter tentang kondisi bayi untuk mendapatkan asuhan selanjutnya. Hasil advise dokter Hasil advise dokter adalah pemberian Infus Glukosa 10 % 120 cc/ kg BB/ 24 jam, Ampicilin 2 x 55 mg, Gentamicin 1 x 5 mg/ 48 jam, melakukan pemeriksaan Laboratorium untuk pemeriksaan Darah Lengkap (Hemoglobin 19,6 g/dL, Jumlah eritrosit  $6,93 \times 10^6/\mu\text{L}$  dan hematokrit 57,6%), GDP (11mg/dL), CRP (Positif 6 mg/dL), Pemberian 02 ½ liter per menit. dan mendokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan. Pelaksanaan asuhan pada bayi Ny. I dengan masalah hipotermi, antara lain: melakukan beberapa tindakan untuk mencegah kehilangan panas yang disebabkan radiasi, evaporasi, konveksi dan konduksi antara lain: mengeringkan bayi dengan segera, tempatkan bayi pada tempat tidur yang telah dihangatkan sebelumnya dengan sumber panas yang radiasi, untuk segala tindakan perawatan dan prosedur yang dilakukan di atasnya. Jauhkan tempat tidur dari aliran udara dan ventilasi, jaga agar bayi tetap diselimuti saat tidak digendong tutupi kepala dengan penutup kepala atau letakkan di bawah penghangat radiasi yang disertai dengan alat pengukur suhu.

7. Setelah dilakukan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan pada bayi Ny. I, Ibu mengatakan senang karena bayinya sudah mendapatkan perawatan

lanjutan dan ibu mengatakan sudah mengerti tentang penjelasan dari petugas kesehatan. Evaluasi terhadap masalah hipotermi, antarlain bayi sudah ditempatkan pada tempat tidur yang telah dihangatkan, jauhkan tempat tidur dari aliran udara dan ventilasi, jaga agar bayi tetap diselimuti saat tidak digendong tutupi kepala dengan penutup kepala atau letakkan di bawah penghangat radian yang disertai dengan alat pengukur suhu.

## **5.2 Saran**

Berdasarkan studi kasus yang telah dilaksanakan maka penulis dapat memberikan saran sebagai berikut:

### **1. Bagi Penulis**

Diharapkan dapat menambah wawasan dalam memberikan asuhan kebidanan dengan pendekatan manajemen kebidanan dengan 7 langkah varney pada bayi dengan berat lahir yang sangat rendah.

### **2. Bagi Institusi**

Diharapkan dapat menambah wawasan dari seluruh civitas, terkait dengan pemberian asuhan kebidanan pada bayi dengan berat lahir yang sangat rendah.

### **3. Bagi Profesi**

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam membrikan asuhan kebidanan pada bayi dengan berat lahir yang sangat rendah, sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Al-Barry; Yustina Akmalia dan A. R. Usman. 2000. *Kamus Istilah Medis*. Yogyakarta: Arkola.
- Ambarwati dan Rismintari. 2009. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Estiwidani, dkk. 2008. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Hidayat A. A. Alimul. 2007. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika
- Kristiyanasari Weni. 2010. *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ladewig, dkk. 2006. *Asuhan Ibu dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: EGC.
- Laporan Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014.
- Laporan Profil kesehatan Kota Kupang tahun 2015
- Laporan Profil Kesehatan NTT tahun 2014.
- Marmi dan Kukuh Rahardjo. 2012. *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Marmi. 2011. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Antenatal*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Pantiawati, Ika. 2010. *Bayi Dengan BBLR*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2009. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sondakh Jenny J. S. 2013. *Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir*. Jakarta: Erlangga.
- Sudarti dan Afroh Fauziah. 2013. *Asuhan Neonatus Resiko Tinggi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sudarti dan Endang Khoirunnisa. 2010. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Anak Balita*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Surasmi, dkk. 2003. *Perawatan Bayi Resiko Tinggi*. Jakarta: EGC.



## Lampiran 1



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG**  
 Jl. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614. Fax (0380) 832892  
 Website : [www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id](http://www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id) email : [rsudjohannes@gmail.com](mailto:rsudjohannes@gmail.com)  
 KUPANG Kode Pos : 85111

**SURAT PENGANTAR**

Nomor : 396 / DIKLIT / VII / 2017

**Yang bertanda tangan di bawah ini :**

Nama : Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners.  
 Jabatan : Kepala Bidang Pengembangan  
 NIP/Pangkat Gol. : 19641211 198703 2 016 / Pembina (IV-a).

**Menerangkan bahwa :**

Nama : Alfrida Sartika Dalima  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 NIM : 142 111 004  
 Asal Fak./Jur./Univ. : STikes CHMK Prodi D3 Kebidanan.

Benar-benar telah selesai melakukan **Pengambilan Data Awal/Studi Kasus** di Ruang NICU-NHCU dan Instalasi Rekam Medik RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, selama satu (1) bulan, terhitung mulai tanggal **05 s/d 31 Juli 2017**, dengan Judul :

**“Asuhan Kebidanan Pada Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan BBLSR di RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang”.**

Demikian Surat Pengantar ini dibuat, atas kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Kupang, 05 Juli 2017  
 RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang,  
 Kepala Bidang Pengembangan

  
**Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners**

Pembina  
 NIP. 19641211 198703 2 016

## Lampiran 2



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR  
 RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG  
 Jl. DR. Moch Hatta No. 19 Kupang Telp (0380) – 833614.Fax (0380) 832892  
 Website : [www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id](http://www.rsudwzjohannes.nttprof.go.id) email : [rsudjohannes@gmail.com](mailto:rsudjohannes@gmail.com)  
 KUPANG Kode Pos : 85111

### **SURAT KETERANGAN SELESAI STUDI KASUS**

Nomor : RSUD / 070 / Um. 709 / VII / 2017

**Yang bertanda tangan di bawah ini :**

Nama : Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners.  
 Jabatan : Kepala Bidang Pengembangan  
 NIP/Pangkat Gol. : 19641211 198703 2 016 / Pembina (IV/a).

**Menerangkan bahwa :**

Nama : Alfrida Sartika Dalima  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 NIM : 142 111 004  
 Asal Fak./Jur./Univ. : STikes CHMK Prodi D3 Kebidanan.

Benar-benar telah selesai melakukan **Pengambilan Data Awal/Studi Kasus** di Ruang NICU-NHCU dan Instalasi Rekam Medik RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang, selama tiga (3) minggu, terhitung mulai tanggal **05 s/d 27 Juli 2017**, dengan Judul :

**“ Asuhan Kebidanan Pada Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan BBLSR di RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang ”.**

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 27 Juli 2017  
 RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang  
 Kepala Bidang Pengembangan

  
**Nurlaila Lanja, S.Kep.Ners.**  
 Pembina  
 NIP. 19641211 198703 2 016

### Lampiran 3

#### LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth

Calon responden studi kasus Mahasiswi jurusan kebidanan STIKes CitraHusada  
Mandiri Kupang  
Di Tempat

Dengan hormat

Saya mahasiswi kebidanan STIKes Citra Husada Mandiri Kupang angkatan VI mengadakan Laporan Tugas Akhir dengan judul **“ASUHAN KEBIDANAN PADA NOENATUS KURANG BULAN, SESUAI MASA KEHAMILAN DENGAN BAYI BERAT LAHIR SANGAT RENDAH (BBLSR) DI RUANG NICU RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG TANGGAL 21 JUNI - 24 JUNI 2017”**. Untuk maksud tersebut saya mohon kesediaan ibu bersama keluarga untuk menjawab setiap pertanyaan yang diajukan dan saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas ibu.

Partisipasi ibu dalam menjawab pertanyaan sangat saya hargai, untuk itu atas partisipasinya dan kerja sama yang baik saya ucapkan terimakasih.

Kupang,

Hormat saya



(Alfrida Sartika Dalima)

## Lampiran 4

### LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Bahwa saya diminta berperan serta dalam studi kasus yang nantinya akan menjawab pertanyaan yang akan diajukan oleh peneliti. Sebelumnya saya sudah diberi penjelasan mengenai maksud Laporan Tugas Akhir ini dan saya mengerti bahwa peneliti akan menjaga kerahasiaan dari saya. Bila saya merasa tidak nyaman, saya berhak mengundurkan diri sebagai responden.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam Laporan Tugas Akhir ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.

Kupang, 22 Juni 2017

(Ny. I)

## Lampiran 5

**Asuhan Kebidanan Pada Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan  
Dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)  
di Ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang  
Tanggal 21 Juni – 24 Juni 2017**

### I. PENGKAJIAN DATA

Nama Pengkaji : ALFRIDA SARTIKA DALIMA

Tempat Pengkajian : Ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes  
Kupang

Tanggal Pengkajian : 21 Juni 2017

Jam Pengkajian : 17.00 WITA

#### A. Data subyektif

##### 2. Biodata

##### a. Bayi

Nama bayi (Initial) : By. Ny. "I"

Umur /Tanggal lahir : 2 hari/ 19 Juni 2017

Jenis kelamin : Perempuan

Anak ke : I

Jumlah saudara kandung : –

##### b. Orangtua

Nama Ibu : Ny. "I"      Nama Suami : Tn. "P"

Umur : 23 th      Umur : 30 th

Suku : Timor      Suku : Timor

Agama : Kristen      Agama : Kristen

Pendidikan : SMA      Pendidikan : SMP

Pekerjaan : Mahasiswa      Pekerja : Wiraswasta

Penghasilan : -                      Penghasilan : -

Alamat : Bello                      Alamat : Bello

3. Riwayat Antenatal : ibu mengatakan bahwa selama hamil tidak pernah memeriksakan kehamilannya di fasilitas kesehatan.

HPHT : 28 Desember 2016.

4. Riwayat Natal

Usia Kehamilan : 24 minggu 5 hari (Preterm)

Tempat lahir dan penolong : RS/ Bidan

Cara Persalinan : Spontan Pervaginam

**B. Data Obyektif**

1. Pemeriksaan Umum

Kesadaran : composmentis

KU : lemah

Antropometri : BB :1100 gram, PB :40 cm, LK :31 cm, LD : 29 cm

2. Tanda-tanda vital

Nadi : 122 kali per menit, Suhu : 35,6 °C, RR : 46 kali per menit

3. Pemeriksaan fisik

a. Inspeksi dan palpasi

1) Kepala dan ubun ubun : simetris

Keadaan kulit kepala : Bersih

Lain lain : tidak ada hidrocefalus, tidak ada caputsuccedaneum, tidak ada cephal haematoma, tidak ada molase.

- 2) Wajah : simetris,  
 Oedema : Tidak ada  
 Lainnya : tidak ada kelainan
- 3) Mata : simetris  
 Konjungtiva : tampak tidak anemis  
 Sclera : tampak tidak ikterus  
 Lain-lain : tidak ada kelainan
- 4) Hidung : simetris  
 Pernapasan cuping hidung : tidak ada  
 Polip : tidak ada polip  
 Secret : tidak ada secret  
 Lain-lain : pada hidung terpasang O2,
- 5) Telinga : simetris, ujung daun telinga sejajar  
 dengan mata, lubang telinga ada
- 6) Mulut : simetris  
 Bibir : lembab  
 Mukosa mulut : lembab  
 Lain-lain : tidak ada labioskisis dan  
 labiopalatoskisis, terpasang *Oral Gastric Tube* (OGT).
- 7) Dada dan Payudara : simetris  
 Lain-lain : tidak ada retraksi dinding dada, terdengar  
 bunyi bronchial pada paru-paru.
- 8) Abdomen : tidak ada pembesaran abdomen  
 Lain-lain : tidak ada perdarahan tali pusat.

- 9) Kulit : Merah halus, tampak gambaran vena, terbungkus plastik
- 10) Genetalia : klitoris menonjol, labia mayora belum menutupi labia minora.
- 11) Anus : tidak ada atresia ani
- 12) Ekstremitas atas & bawah : simetris, polidaktil dan silidaktil tidak ada, pergerakan aktif, akral dingin, pada kaki kanan terpasang infus.



## II. IDENTIFIKASI MASALAH / DIAGNOSA

Tanggal : 21 Juni 2017

Jam : 17.10 WITA

Diagnosa	Data Dasar
Neonatus Kurang bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan BBLSR	<p>DS : Ibu mengatakan bayinya lahir pada tanggal 19 Juni 2017 jenis kelamin Perempuan, BB : 1100 gr, PB : 40 cm.</p> <p>DO :</p> <p>1. Pemeriksaan Umum</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>KU : lemah</p> <p>Tanda-tanda vital</p> <p>Nadi : 122 x/menit, Suhu : 35,6 °C, RR : 46 x/menit</p> <p>Antropometri : BB: 1100 gram, PB : 40 cm, lingk kepala 31 cm dan lingk dada 29 cm.</p> <p>2. Pemeriksaan fisik</p> <p>a. Inspeksi dan Palpasi Inspeksi</p> <p>Kepala: simetris, tidak ada kelainan (caput succedaneum, cephal haematoma dan hidrosefalus).</p> <p>Wajah : simetris, tidak ada oedema.</p> <p>Mata : tampak simetris, Conjunktiva tampak tidak anemis, Sclera : tampak tidak ikterus,</p> <p>Hidung: bersih, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada polip, tidak ada secret, terpasang O2.</p>

	<p>Telinga: simetris, ujung daun telinga sejajar dengan mata.</p> <p>Mulut: simetri, bibir : lembab, mukosa mulut : lembab, tidak ada kelainan (labioschizis, labiopalatoskisis), terpasang OGT.</p> <p>Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis.</p> <p>Dada dan Payudara: simetris, tidak ada tarikan dinding dada.</p> <p>Abdomen : bersih, tidak ada pembesaran abdomen, tidak ada kelainan (hepatomegali, cardiomegali).</p> <p>Genetalia: tidak ada kelainan, labia mayora belum menutupi labia minora</p> <p>Anus: tidak ada kelainan (atresia ani, dll).</p> <p>Ekstremitas atas &amp; bawah, simetris, tidak ada oedema, Jumlah jari lengkap, tidak ada polidaktili, sindaktili, pada kaki kanan terpasang Infus.</p>
<p>Masalah:</p> <p>Hipotermi</p>	<p>DS:</p> <p>DO : S: 35,6 °C, dan akral dingin.</p>

### **III. ANTISIPASI MASALAH POTENSIAL**

Antisipasi masalah potensial yang akan terjadi pada bayi Ny. I yaitu Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah, antar lain : hipotermi, hipertermi, hipoglikemia dan hipoksia.

Antisipasi masalah potensial dengan masalah hipotermi pada bayi Ny. I yaitu Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah adalah hipoglikemia dan gangguan pola napas.

### **IV. TINDAKAN SEGERA**

Tindakan segera yang perlu dilakukan pada bayi Ny. I adalah untuk mencegah terjadinya hipotermi, hipertermi, hipoglikemia dan hipoksia.

antara lain mempertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal (36,5-37,5) °C, melalui pemantau suhu tubuh bayi setiap 2 jam atau setiap kali diperlukan dan menempatkan bayi di bawah penghangat radian atau inkubator, serta menghindari bayi kontak dengan sumber panas atau sumber dingin. Hindari juga udara panas atau dingin, memberikan alat bantuan pernapasan yaitu memberikan oksigen, dan mengupayakan pencegahan infeksi dari lingkungan dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang bayi; dan melakukan tindakan kolaborasi dengan dokter untuk penanganan tindakan selanjutnya.

## V. INTERVENSI

Tanggal : 21 Juni 2017

Jam : 17.30 WITA

Diagnosa : Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)

9. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi bayi

R/ Ibu dan keluarga berhak mengetahui kondisi bayi agar lebih kooperatif dalam pemberian asuhan yang diberikan.

10. Observasi tanda-tanda vital bayi

R/ Untuk mengidentifikasi tanda patologis yang mungkin terjadi pada bayi.

11. Observasi tanda –tanda infeksi pada bayi

R/ Bayi dengan berat badan lahir rendah potensial terkena infeksi

12. Rawat bayi dengan teknik aseptik

R/ Agar tidak terjadi infeksi pada bayi

13. Pertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal yaitu 36,5-37,5°C

R/ Hipotermi membuat bayi cenderung pada stres dingin.

14. Timbang berat badan setiap hari dalam waktu yang sama

R/ Untuk mengevaluasi perubahan/ kenaikan berat badan bayi

15. Lakukan tindakan kolaborasi dengan dokter untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.

R/ sebagai sebagai bentuk tindakan kolaborasi dalam pemberian asuhan.

16. Dokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan

R/ Sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugat dalam setiap tindakan yang telah dilakukan.

Masalah Hipotermi, maka intervensi yang dilakukan, antara lain: Lakukan beberapa tindakan untuk mencegah kehilangan panas yang disebabkan karena

tidak mengeringkan bayi dengan segera, menempatkan bayi pada tempat tidur yang tidak dihangatkan sebelumnya dengan sumber panas yang radian, membiarkan tempat tidur berada dekat aliran udara dan ventilasi, dan tidak menyelimuti bayi. Rasionalnya untuk menjaga agar bayi tetap hangat dan untuk mencegah kehilangan panas melalui radiasi, evaporasi, konveksi dan konduksi.

## **VI. IMPLEMENTASI**

Tanggal : 21 Juni 2017011 Jam : 17.40 WITA

Diagnosa : Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)

9. Menjelaskan pada ibu dan keluarga tentang kondisi bayi M/ Monitoring/Keadaan bayi lemah, BB: 1100 gram, panjang badan: 40 cm, lingkar kepala: 31 cm dan lingkar dada 29 cm. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

10. Mengobservasi tanda-tanda vital bayi,  
Monitoring/ Nadi: 122 kali per menit, Suhu: 35,6°C, RR: 46 kali per menit.  
Ibu mengerti dengan penjelasan yang diberikan

11. Mengobservasi tanda –tanda infeksi pada bayi, seperti ketidakstabilan suhu, (hipotermi atau hipertermi), letargis atau perubahan perilaku, distres pernapasan (apnea, sianosis atau takipnes), ikterik petekie, ongesti nasal, atau drainase dari mata atau umbilikus.

Monitoring/ Sudan dilakukan pemantauan tanda-tanda infeksi pada bayi.

12. Merawat bayi dengan teknik aseptik, seperti tingkatan cara-cara mencuci tangan pada staf, orangtua, dan pekerja lain pre protokol.  
Gunakan antiseptik sebelum membantu dalam melakukan tindakan

Monitoring/ sudah dilakukan cuci tangan sebelum dan sesudah merawat bayi.

13. Mempertahankan suhu tubuh bayi dalam batas normal yaitu 36,5-37,5°C, tempatkan bayi dalam penghangat, isolette, inkubator, tempat tidur terbuka dengan penyebar hangat, atau tempat tidur bayi yang lebih besar. Gunakan bantal pemanas dibawah bayi bila perlu, dalam hubungannya dengan tempat tidur terbuka atau isolette.

M/ Bayi sudah dalam keadaan hangat

14. Menimbang berat badan setiap hari dalam waktu yang sama. Bila penambahan berat badan tidak adekuat, tingkatkan suhu lingkungan sesuai indikasi.

Monitoring/ Sudah dilakukan penimbangan berat badan.

15. Melakukan Tindakan konsultasi dengan dokter tentang kondisi bayi untuk mendapatkan asuhan selanjutnya.

Monitoring/ Hasil advise dokter adalah pemberian Infus Glukosa 10 % 120 cc/ kg BB/ 24 jam, Ampicilin 2 x 55 mg, Gentamicin 1 x 5 mg/ 48 jam, Melakukan pemeriksaan Laboratorium untuk pemeriksaan Darah Lengkap (Hemoglobin 19,6 g/dL, Jumlah eritrosit  $6,93 \times 10^6/\mu\text{L}$  dan hematokrit 57,6%) , GDP (11mg/dL), CRP (Positif 6 mg/dL), Pemberian 02 ½ liter per menit. Sudah dilakukan tindakan dan pemberian terapi sesuai dengan anjuran dokter

16. Mendokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan

Monitoring/ Sudah dicatat pada buku register

Masalah Hipotermi, maka intervensi yang dilakukan, antara lain: Melakukan beberapa tindakan untuk mencegah kehilangan panas yang disebabkan

radiasi, evaporasi, konveksi dan konduksi. Antara lain: mengeringkan bayi dengan segera, tempatkan bayi pada tempat tidur yang telah dihangatkan sebelumnya dengan sumber panas yang radian, untuk segala tindakan perawatan dan prosedur yang dilakukan di atasnya. Jauhkan tempat tidur dari aliran udara dan ventilasi, jaga agar bayi tetap diselimuti saat tidak digendong tutupi kepala dengan penutup kepala atau letakkan di bawah penghangat radian yang disertai dengan alat pengukur suhu. Monitoring/ Sudah dilakukan dan bayi dalam keadaan hangat.

## **VII. EVALUASI**

Tanggal : 24 Juni 2017

Jam : 14.00 WITA

Diagnosa : Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)

S : Ibu mengatakan senang karena bayinya sudah mendapatkan perawatan lanjutan dan ibu mengatakan sudah mengerti tentang penjelasan dari petugas kesehatan.

O : Kesadaran : Composmentis, KU : baik, Suhu : 36,9 °C, Nadi : 140 x / menit, RR : 48 x / menit

A : Diagnosa : Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR)

P:

7. Observasi tanda-tanda vital bayi
8. Observasi tanda –tanda infeksi pada bayi
9. Rawat bayi dengan teknik aseptik
10. Lakukan perawatan bayi sehari-hari

11. Timbang berat badan setiap hari dalam waktu yang sama

12. Kolaborasi dengan dokter

Masalah hipotermi :

S: -

O: S: 35,6 °C, akral dingin

A: hipotermi

P: tempatkan bayi pada tempat tidur yang telah dihangatkan, jauhkan tempat tidur dari aliran udara dan ventilasi, jaga agar bayi tetap diselimuti saat tidak digendong tutupi kepala dengan penutup kepala atau letakkan di bawah penghangat radian yang disertai dengan alat pengukur suhu.



**CATATAN PERKEMBANGAN**

Hari/ Tanggal Jam	Catatan Perkembangan	
Kamis, 22  Juni 2017	S :	-
	O :	Keadaan umum baik. Therapy : infant warmer, bayi puasa, gerak lemah, menangis, tidak ikterik, tali pusat tidak berdarah, Pada kaki kanan terpasang infus D 10 % 6 tetes per menit, pada hidung terpasang O2 1 liter per menit.
	A:	Nonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan BBLSR umur 3 hari.
	P:	
	07.00 Wita	Mencuci tangan 6 langkah dengan sabun dan air mengalir, lalu mengeringkan dengan handuk yang bersih dan kering sebelum merawat bayi, agar mencegah terjadinya infeksi.
	07.05 Wita	Mengobservasi ku bayi dan TTV. Bayi di rawat di infant warmer. Keadaan umum bayi baik, TTV: S: 36° 0C, HR : 148 kali per menit, RR : 50 kali per menit. , bayi tidak sianosis, gerak lemah, Pada kaki kanan bayi terpasang infus D 10 %, Pada hidung terpasang O2 1 liter per menit.

	08.00 Wita	Mengontrol cairan infus yang terpasang untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit yang dibutuhkan bayi. Infus jalan baik.
	09.00 wita	Mengobservasi keadaan bayi. Keadaan umum bayi baik.
	10.00 Wita	Melayani injeksi ampicilin 55 mg IV. Tidak ada tanda-tanda alergi.
	11.00 Wita	Mengobservasi ku bayi dan TTV. Bayi di rawat di infant warmer. Keadaan umum bayi baik, TTV: S: 36,5° 0c, HR : 140 kali per menit, RR : 52 kali per menit. , bayi tidak sianosis, gerak lemah, Pada kaki kanan bayi terpasang infus D 10 %, Pada hidung terpasang 02 1 liter per menit.
	12.00 Wita	Mengobservasi infus. Jalan baik, tidak ada haematoma.
	13.00 Wita	Menyambung cairan infus D 10 %
	14.00 wita	Mengobservasi keadaan umum bayi tidak sianosis, bayi lemah, S: 36°C, RR: 40 kali per menit, HR: 144 kali per menit
Jumat, 23 Juni 2017	S :	
	O :	Keadaan umum baik. Therapy : infant warmer,puasa gerak lemah , menangis, sesak, tidak ikterik, Pada kaki kanan bayi terpasang infus D 10 % 6 tpm, pada hidung terpasang O2 1 liter per menit, pada mulut terpasang OGT.

	A:	Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan dengan BBLSR, umur 4 hari.
	P :	
	07.00 Wita	Mencuci tangan 6 langkah dengan sabun dan air mengalir, lalu mengeringkan dengan handuk yang bersih dan kering sebelum merawat bayi, agar mencegah terjadinya infeksi.
	07.10 Wita	Mengobservasi ku bayi dan TTV. Keadaan umum baik, tidak sesak, Pada mulut terpasang OGT, Pada hidung terpasang O2 1 liter per menit, Pada kaki kanan bayi terpasang infus D 10 % TTV: S: 37,4 0C, HR : 140x/ menit, RR : 48 x/menit. Sudah dilakukan observasi pada bayi.
	08.00 wita	Memonitor infus, O2 , jalan baik.
	09.00 Wita	Mengobservasi keadaan bayi, tidak sesak, tidak sianosis
	10.00 Wita	Melayani ijeksi ampicilin 55 mg/ IV
	11.00 Wita	Mengukur tanda-tanda vital, s: 37,6°C, RR: 40 kali/ menit, danHR: 148 kali/ menit.
	12.00 wita	Mengontrol cairan infus, jalan baik.Telah dilakukan
	14.00 wita	Mengobservasi keadaan bayi, tidak sesak, tidak sianosis, terpasang O2 1 literper menit

Sabtu, 24 Juni 2017	S :	
	O :	Keadaan umum bayi baik. Therapy : Infant warmer,puasa gerak lemah , menangis,tidak sesak , tidak ikterik, pada kaki kanan terpasang infus D 10 % 6 tpm,Pada hidung terpasang O2 1 lpm, Pada mulut terpasang OGT,
	A:	Neonatus Kurang Bulan, Sesuai Masa Kehamilan, dengan BBLSR
	P :	
	14.00 wita	Mencuci tangan 6 langkah dengan sabun dan air mengalir, lalu mengeringkan dengan handuk yang bersih dan kering Sebelum merawat bayi, agar mencegah terjadinya infeksi.
	14.20 wita	Mengobservasi ku bayi dan TTV. Keadaan umum bayi baik, TTV: S: 36,9 0C, HR : 140 kali per menit, RR 48 kali per menit. Sudah dilakukan observasi pada bayi.
	15.00 wita	Mengontrol infus, jalan baik. Mengontrol O2, jalan baik, kedaan umum bayi lemah, tidak sesak.
	15.15 wita	Menghubungi orangtua untuk mengantar ASI
	16.00 wita	Mengontrol bayi, tidak sesak, keadaan umum lemah, tidak sianosis

	17.00 wita	Mengukur tanda-tanda vital, S: 36,7° C, HR: 136 kali per menit, RR: 48 kali per menit
	17.20 wita	Memindahkan bayi ke infant warmer untuk dilakukan tindakan pengambilan darah vena
	17.30 wita	Mengambil darah vena untuk cek bilirubin total, bilirubin direct dan cross darah
	18.00 wita	Mengantar sampel darah ke laboratorium untuk pemeriksaan bilirubin total, bilirubin direct dan cross darah
	19.00 wita	Mengobservasi keadaan umum bayi, tidak sesak, tidak sianosis
	20.00 wita	Mengaff infus karena haematoma dan memasang ulang. Telah berhasil memasang infus.
	21.00 wita	Menyambung cairan infus. Mengobservasi keadaan umum bayi, keadaan lemah, tidak sianosis, Aff O2 karena ada perdarahan pada hidung.
Minggu 25 Juni 2017		Bayi Masih dirawat di ruang NICU RSUD Prof. DR. W. Z. Johannes Kupang

## Lampiran 6



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG  
(STIKes CHMK)  
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN  
Jln. Manafe No. 17 Kayu Putih Oebufu-Kupang-NTT-Indonesia

## LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS

NAMA : ALFRIDA SARTIKA DALIMA

NIM : 142111004

PEMBIMBING I : MARIA MAGDALENA BAIT, SST.,M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
01	Selasa, 07 Juli 2017	Judul KTI	ACC	
02	Kamis, 13 Juli 2017	BAB I	Perbaiki	
03	Rabu 19 Juli 2017	BAB I-BAB IV	Perbaiki	
04	Jumat 21 Juli 2017	BAB I-IV, Askeb	Perbaiki	
05	Senin 07 Agustus 2017	BAB I -IV, LAMPIRAN	ACC	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**  
**CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG**  
**(STIKes CHMK)**  
**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**  
*Jln. Manafe No. 17 Kayu Putih Oebufu-Kupang-NTT-Indonesia*

**LEMBAR KONSULTASI STUDI KASUS**

**NAMA** : ALFRIDA SARTIKA DALIMA  
**NIM** : 142111004  
**PEMBIMBING II** : MERRY VERAWATI SEU, SST

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
01	Selasa, 23 Juni 2017	Judul KTI	ACC	
02	Senin, 17 Juli 2017	BAB I , Askeb	Perbaiki	
03	Rabu, 26 Juli 2017	BAB I-BAB IV	Perbaiki	
04	Selasa, 01 Agustus 2017	BAB IV-Askeb	Perbaiki	
05	Kamis, 03 Agustus 2017	BAB I-IV	ACC	



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**  
**CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG**  
**(STIKes CHMK)**  
**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**  
*Jln. Manafe No. 17 Kayu Putih Oebufu-Kupang-NTT-Indonesia*

**LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS**

**NAMA** : Alfrida Sartika Dalima  
**NIM** : 142111004  
**PENGUJI** : Appolonaris T. Berkanis, S.Kep.,Ns, MHKes

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
01				
02				
03				
04				
05				





**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**  
**CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG**  
**(STIKes CHMK)**  
**PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**  
**Jln. Manafe No. 17 Kayu Putih Oebufu-Kupang-NTT-Indonesia**

### LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS

**NAMA** : Alfrida Sartika Dalima  
**NIM** : 142111004  
**Pembimbing I** : Maria Magdalena Bait, SST.M. Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
01	Rabes, 23/08/2017	- Halaman Depan - BAB I - IV - Lampiran	- Diperbaiki - cek ulang.	
02	Sumart. 25/08/2017	BAB I - IV.	oce.	
03				
04				
05				



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
CITRA HUSADA MANDIRI KUPANG  
(STIKes CHMK)  
PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN

Jln. Manafe No. 17 Kayu Putih Oebufu-Kupang-NTT-Indonesia

LEMBAR KONSULTASI REVISI STUDI KASUS

NAMA : Alfrida Sartika Dalima  
NIM : 142111004  
PEMBIMBING II : Merry A. Giri, S. Keb. Bd

No	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Saran Pembimbing	Paraf
01	Jumat 25 / 08 / 2017.	- BAB IV	Perbaiki	
02	Senin 28 / 08 / 2017.	BAB IV - Askeb	Perbaiki	
03	Kamis, 31 / 08 / 2017	Askeb :	Perbaiki.	
04	Sabtu, 02 / 09 / 2017	-	acc.	
05				